

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS
Inácio Mendes de Cerqueira, São José do Divino/PI**

Dianelys Bequer Muñoz

Pelotas, 2015

Dianelys Bequer Muñoz

**Melhoria da Atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS
Inácio Mendes de Cerqueira, São José do Divino/PI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família - EaD da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta
do SUS, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Sabiny Pedreira Ribeiro

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

M967m Muñoz, Dianelys Béquer

Melhoria da Atenção aos Usuários Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS Inácio Mendes de Cerqueira, São José do Divino/PI / Dianelys Béquer Muñoz; Sabiny Pedreira Ribeiro, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

88 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1. Saúde da Família 2. Atenção Primária à Saúde 3. Doença Crônica 4. Diabetes Mellitus 5. Hipertensão I. Ribeiro, Sabiny Pedreira, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Neste trabalho dedico primeiramente a Deus por me dá força e vontade de traçar meu caminho como Profissional de Saúde. A meus pais, que não estão mais junto a mim, que foram responsáveis pela minha educação e formação. A meu filho e família por toda dedicação e esforço durante minha vida.

Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar a Deus, a minha família e Prof.^a orientadora Sabiny Pedreira Ribeiro, a minha equipe de saúde, as comunidades e ao município por todo o apoio e ajuda na realização deste trabalho de conclusão de curso. Em fim, a todos que fazem parte da intervenção em saúde para melhorar a qualidade de vida dos usuários e levar às mudanças positivas da população no Brasil.

Obrigada!

“Nada me surpreende mais que o homem”.
Ele acaba com sua saúde para conseguir dinheiro.
Depois, gasta todo seu dinheiro para recuperar a saúde.
Vive como se nunca fosse morrer. “E morre sem ter vivido”

DALAI LAMA

Resumo

BEQUER MUÑOZ, Dianelys. **Melhoria da Atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS Inácio Mendes de Cerqueira, São José do Divino/PI**. 2015. 85f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus são responsáveis pela primeira causa de morbimortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde. O presente trabalho teve como objetivo geral melhorar a cobertura e a atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes na UBS Inácio Mendes de Cerqueira, São José do Divino/PI. A intervenção realizou ações programáticas baseadas em quatro eixos pedagógicos e os protocolos adotados é o Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, 2013, Caderno da Atenção Básica nº 37 e 36, respectivamente. No início da intervenção, a cobertura da atenção da ação programática dos hipertensos e diabéticos em nossa área era de 34% e 54%, respectivamente. Além disso, existiam algumas dificuldades, tais como a equipe de saúde incompleta, não adoção do protocolo específico, déficit dos registros de informação, deficiência dos equipamentos e instrumentos necessários e não existia controle ou monitoramento das ações. Estabelecendo como meta cadastrar 55% dos usuários da área com hipertensão e 70% com diabetes, a intervenção foi realizada durante três meses, de fevereiro a abril de 2015, contemplando as ações realizadas nos quatro eixos da intervenção e permitiu alcançar melhorias significativas, com aumento do indicador de cobertura e melhoria dos indicadores de qualidade. Ao final da intervenção, conseguimos cadastrar 155 usuários: 106 (62%) usuários com hipertensão e 49 (84%) com diabetes. Para os indicadores de qualidade, alcançamos 100% com exame clínico em dia, exames complementares em dia, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, registro adequado, estratificação de risco cardiovascular e orientações. Na prescrição de medicamentos, alcançamos 97% dos usuários com hipertensão e com diabetes. Além disso, também houve melhoria da atenção à saúde dos usuários na UBS, através do acolhimento efetivo, atenção integral e trabalho multidisciplinar. A ação programática está incluída na rotina de serviço e devemos continuar

melhorando para redução das morbimortalidades e complicações devido a essas doenças.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico da cobertura do programa de atenção aos Hipertensos na UBS Inácio Mendes de Cerqueira, São José do Divino/PI.	56
Figura 2	Gráfico da cobertura do programa de atenção aos Diabéticos na UBS Inácio Mendes de Cerqueira, São José do Divino/PI.	57
Figura 3	Gráfico da proporção de Hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Inácio Mendes de Cerqueira, São José do Divino/PI.	58
Figura 4	Gráfico da proporção de Diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Inácio Mendes de Cerqueira, São José do Divino/PI.	59
Figura 5	Gráfico da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, na UBS Inácio Mendes de Cerqueira, São José do Divino/PI.	60
Figura 6	Gráfico da proporção de Diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, na UBS Inácio Mendes de Cerqueira, São José do Divino/PI.	60
Figura 7	Gráfico da proporção de Hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Inácio Mendes de Cerqueira, São José do Divino/PI.	61
Figura 8	Gráfico da proporção de Diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Inácio Mendes de Cerqueira, São José do Divino/PI.	62

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CRAS	Centro Referencia em Assistência Social
DTS's	Doença de Transmissão Sexual
DM	Diabetes Mellitus
EaD	Especialização à Distancia
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação	10
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	22
2 Análise Estratégica-Projeto de Intervenção.....	23
2.1 Justificativa	23
2.2 Objetivos e metas.....	25
2.3 Metodologia.....	27
2.3.1 Detalhamento das ações	27
2.3.2 Indicadores	39
2.3.3 Logística.....	44
2.3.4 Cronograma	48
3 Relatório da intervenção.....	49
3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas	49
3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas.	52
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados	53
3.4 Análises da incorporação das ações previstas no projeto à rotina	53
4 Avaliação da intervenção	54
4.1 Resultados	54
4.2 Discussão.....	65
5 Relatório da intervenção para gestores	68
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	71
7 Reflexão Crítica sobre o processo pessoal de Aprendizagem	73
Referências	75
Apêndices.....	76
Anexos	82

Apresentação

O presente volume trata sobre Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família - modalidade Ensino à Distância – da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS) como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família. O trabalho foi constituído por uma intervenção, realizada no período de fevereiro a abril de 2015, com o objetivo geral de melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes na UBS Inácio Mendes de Cerqueira, São José do Divino/PI. O volume está organizado em sete seções: No primeiro capítulo apresenta-se o Relatório da Análise Situacional, texto escrito na unidade 1 do curso, explicitando a situação do serviço de saúde. No segundo capítulo, expõe-se a Análise Estratégica, na qual se apresenta o projeto de intervenção, baseado no Protocolo ou Manual Técnico de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde (MS) do ano 2013. Já o terceiro capítulo refere-se ao Relatório de Intervenção, apresentando as ações previstas e desenvolvidas durante a intervenção, as dificuldades e a viabilidade da incorporação da intervenção na rotina do serviço. No quarto capítulo apresenta-se a avaliação dos resultados da intervenção, além da discussão dos mesmos. O quinto e sexto capítulos são os relatórios da intervenção para os gestores no município e comunidades, respectivamente. No sétimo capítulo e último capítulo, faz-se uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso com sua importância. Ao final do volume, está a bibliografia que inclui os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho. Boa leitura!

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Meu nome é Dianelys Bequer Muñoz trabalho em uma zona rural de Transval a 14 km da cidade de São José do Divino, região do Estado Piauí, na unidade básica de saúde (UBS) Inácio Mendes de Cerqueira. A UBS estruturalmente é pequena, há sala de recepção para os usuários, um consultório médico climatizado, um banheiro, uma cozinha e consultório de odontologia. Ela é bem localizada, já que está ao lado da escola dessa zona rural, o que facilita o acesso de quem precisa. Temos uma equipe incompleta, formada por uma médica, uma técnica de enfermagem, uma dentista, uma técnica de saúde bucal e quatro agentes comunitários de saúde, faltando outros profissionais como enfermeiro e recepcionista. A coordenadora de saúde informou que a partir de primeiro de Julho de 2015 a equipe estará completa e as condições estruturais para o próximo ano, assim que melhorar a situação econômica do município.

A equipe atende a um total de 1.414 pessoas, com 324 famílias distribuídas em 6 regiões. Na UBS falta farmácia, havendo somente um armário com poucos medicamentos, inclusive para doenças crônicas. Portanto, constitui em umas das dificuldades, pois com mais medicamentos, aumenta a qualidade do serviço que prestamos. Trabalhamos de segunda a sexta-feira. A médica tem oito horas semanais para sua especialização. As ações que realizamos são consultas na UBS, com dias destinados à atenção pré-natal, à saúde da criança, às doenças crônicas, além da demanda espontânea; visitas domiciliares, uma vez por semana, priorizando grupos de maior vulnerabilidade; palestras educativas a grupos específicos nas comunidades. Em nossa unidade trabalhamos para oferecer a cada dia um melhor trabalho aumentando a satisfação da população, com 24 consultas a grupos específicos agendadas, com 57 consultas de cuidado continuado e 118 consultas correspondendo a demanda espontânea. Como podemos ver, há mais consultas espontâneas que consultas agendadas e continuadas. Além disso, a

equipe faz consultas em outras regiões no interior do município tais quais: Gado Apartado, Barras, Tinguís, Curral Velho e Olária.

A equipe faz também reuniões todo mês, as quais são muito produtivas, ajudam no trabalho de toda a equipe e melhora a cada dia. Nossa maior dificuldade na UBS é que não temos nenhum serviço de telefonia móvel e Internet, uma vez que saímos a trabalhar ficamos sem comunicação, até nosso retorno à cidade, o que constitui um problema quando temos que encaminhar um paciente de urgência à unidade de pronto socorro.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Analisar a situação de saúde é uma etapa fundamental para o planejamento das ações de saúde, pois consistem no processo de identificação, definição e priorização de problemas em uma determinada realidade. O objetivo da análise situacional é permitir a identificação dos problemas e orientar a definição das medidas a serem adotadas.

O Município São José do Divino, segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), possuía uma população total, no ano de 2000, de 4.881 pessoas. A população recenseada nos domicílios particulares permanentes, no Censo 2010 realizada pelo IBGE, apontou 5.141 pessoas, um aumento de 5,5% nesta década. A divisão por gênero mostra que 51,5% são do sexo masculino, com 2.649 homens, e 48,5% feminino, com 2.492 mulheres. Quando estratificamos por zona, a maioria 52,6% reside no meio urbano e 47,4% na área rural. Verifica-se nesta década um êxodo da população do campo para a sede do município e do aumento da população residente na área urbana. A densidade demográfica do município é de 16,1 habitantes/km², acima da média do estado que é 12 habitantes/km².

As condições climáticas do município de São José do Divino (com altitude da sede a 55m acima do nível do mar) apresentam temperaturas mínimas de 25°C e máximas de 35°C, com clima quente tropical. A precipitação pluviométrica média anual apresenta isoietas anuais entre 800 a 1.600 mm, cerca de 5 a 6 meses como os mais chuvosos (fevereiro, março e abril) e período restante do ano de estação seca (Jacomine et al., 1986).

O município possui uma extensão territorial de 319,114 km² que representa 0,13% da área do estado. De acordo com os critérios metodológicos de divisão territorial do IBGE, o município está situado na Microrregião Litoral Piauiense, que é composta por um total de 14 municípios. Tem como limites ao norte os municípios de Caraúbas e Joaquim Pires, ao sul Piracuruca e Batalha, a leste o município de Piracuruca e a oeste Batalha e Joaquim Pires. Fica a 240 km de Teresina, capital do estado.

De acordo com pesquisas realizadas com relação aos aspectos socioeconômicos, o número de pessoas de 10 anos ou mais de idade no município de São José do Divino é de 4.309, destes 2.901 são alfabetizadas, que corresponde a 67,3%, abaixo da média estadual de 78,9%. Quando se estratifica por gênero, a taxa de alfabetização dos homens é de 61,4% e das mulheres 73,7%. Quanto à forma de abastecimento de água nos domicílios, segundo dados do Censo/2010, mostra que 72,2% estão ligados à rede geral, 4,4% usam poço ou nascente na propriedade e demais 23,4% outras formas. As principais culturas agrícolas no município são arroz, milho, feijão, castanha de caju, melancia e manga. No tocante aos criatórios de animais, os principais efetivos são: Bovinos, Caprino, Ovino, avicultura e Suínos. No âmbito estadual em 2011 se destacam no volume de produção de leite 3.399 mil litros. A cultura do município tem eventos principais como o festejo de São José, as festas juninas, comemorações de aniversário da cidade e a festa do leite. A religiosidade está representada por uma pluralidade religiosa.

A estrutura física do setor de saúde do município, segundo os dados do MS é composta de 03 Centros de Saúde/Unidade Básica de Saúde, cada uma delas com as Equipes de Saúde da Família e 03 Equipes de Saúde Bucal. Das UBS, duas estão localizados na zona rural e uma na região Urbana. A atenção especializada conta com 01 Ortopedista, 03 Clínicos Geral, 02 Psicólogos, 01 Fonoaudióloga, 02 Fisioterapeutas, 01 Pronto de Socorro. Existe 01 núcleo de apoio à saúde da família (NASF) e 01 Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Quanto aos exames complementares, são realizados através de pactuação nos municípios de referência: Teresina, Piripiri, Piracuruca e Parnaíba, por isso o município realiza só exame de laboratórios.

A UBS Inácio Mendes de Cerqueira, em que estou lotada, esta localizada na zona rural e possui 01 ESF. É totalmente regida pelo SUS,. Pertenço à Equipe 3,

que está composta por 01 Médico Clínico Geral, 01 Enfermeira, 01 Técnico de Enfermagem, 04 Agentes Comunitários de Saúde, 01 Odontóloga, 01 Técnico de Higiene Bucal, 01 Vigia, 01 Auxiliar de Serviços Geral. A equipe de saúde esta completa, com todos os profissionais necessários para o seu funcionamento, se obtendo importantes passos nos seguimentos dos programas da ESF.

A população da área adstrita da UBS é de 1.414 pacientes, o perfil demográfico corresponde a 773 do sexo masculino e 641 do sexo feminino e a idade que predomina é entre 20 a 39 anos equivalentes a 533 pacientes. Contamos com seis micros áreas, cada uma delas atendida por um ACS. Todas as áreas têm cadastro com prontuários individuais e por família.

As condições estruturais da minha UBS não esta em concordância com o modelo no manual sobre a estrutura estabelecida pelo MS, o que leva a ter limitações no trabalho diário da unidade de saúde. Não contamos com um ambiente adequado para a recepção e arquivos de prontuários. Existe sala de recepção para os pacientes, com uma capacidade para 15 pessoas, mas as cadeiras são poucas e não são confortáveis; não temos sala de vacina, sala de curativo, farmácia, sala de reuniões, não possui consultório climatizado para a enfermeira da equipe nem para técnica de enfermagem. Não contamos com consultório ginecológico, só tem um consultório para a médica e odontóloga climatizado e sem banheiro e as janelas são de vidro o que dificulta a privacidade dos pacientes, um banheiro com uso para profissionais e usuários, uma cozinha e uma sala de procedimentos.

Há barreiras arquitetônicas, isso dificulta o acesso à unidade de saúde para os usuários com deficiências. Não existem espaços adaptados para pacientes com deficiência. A recepção é pequena e não garante a privacidade e comunicação privada com os usuários durante o acolhimento na UBS. A UBS se localiza em uma área rural de difícil acesso e não há serviço de internet, computador ou telefone. Por enquanto, as atividades em grupo educacionais são difíceis, são feitas na sala de espera após os expedientes. As reuniões de Equipe são feitas na sala de procedimento, que é onde se fazem as consultas da enfermeira e todos os procedimentos (curativos, suturas, nebulização e administração de medicamentos). A estratégia que se está executando para superar estas dificuldades é a construção da unidade de saúde em outra localidade, com o padrão que exige o MS.

Com respeito à existência dos equipamentos, há carências em relação à disponibilidade deles e não contamos com autoclave e nem estufa, equipamento de

muita importância para fazer o processo de esterilização do material necessário que se faz o atendimento aos pacientes. Para contornar esta dificuldade, o material sujo é enviado diariamente para outra unidade de saúde no município, onde se realiza o procedimento de esterilização. Além disso, o instrumental para as urgências, exame clínico, dentística e procedimentos cirúrgicos têm na UBS, mas não é suficiente para fazer o atendimento à população.

Na UBS fazemos discussão das funções com ACS, da enfermeira, da dentista e da técnica de saúde bucal, que começou recentemente a trabalhar, e demais integrantes da equipe para elevar o maior conhecimento em quanto às atribuições dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A equipe busca manter a organização dos arquivos dos prontuários clínicos por família, a fim de permitir a continuidade do cuidado. Os profissionais participam do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe; fazem identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos; identificação de agravos; sinalização dos equipamentos e das redes sociais; busca ativa de pacientes faltosos; acompanhando o plano terapêutico proposto quando os usuários são encaminhados a outros níveis do sistema ou em situações de internação hospitalar. Realizam-se a notificação compulsória; pequenas cirurgias/procedimentos e atendimentos de urgências/emergências; acompanhamento de problemas de saúde, medida da pressão; consulta médica; consulta de enfermagem; vacinação; coleta de exames; curativo e aplicação de medicação injetável. Os profissionais realizam o cuidado em saúde à população da área de abrangência no domicílio e nas escolas, além da UBS, com orientações de educação em saúde.

Os usuários são encaminhados a outros níveis do sistema, respeitando fluxos de referência, mas sem contra referência, e utilizamos protocolos de encaminhamentos. A equipe de saúde realiza atividades de grupo adolescentes, aleitamento materno, diabéticos, hipertensos, idosos, planejamento familiar, pré-natal, prevenção do câncer ginecológico, puericultura, saúde da mulher, combate ao tabagismo, portadores de sofrimento psíquico e saúde bucal. Identificamos parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, mas não participamos de atividades de qualificação profissional. Realizam-se reunião de equipe, com uma periodicidade semanal e os temas das reuniões são construção de agenda de trabalho, organização do processo de trabalho, planejamento das ações, monitoramento e análise de indicadores e informações em

saúde. Ainda, participamos do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Sobre atenção a demanda espontânea, não existe uma sala específica ou recepção para acolhimento dos pacientes. Todos os profissionais da equipe realizam o acolhimento, mas não existe uma equipe exclusiva para esta atividade. Realiza-se um esforço para melhorar o acolhimento da população, porém existem dificuldades quanto a este aspecto. Todos os pacientes são assistidos e atendidos em um tempo de dez a quinze minutos seguindo critério e risco. A equipe de saúde que trabalha em minha UBS conhece a classificação e avaliação do risco biológico e vulnerabilidade social para o encaminhamento da demanda dos usuários. No consultório, o atendimento a problemas de saúde agudos é feito a partir da classificação feita pela técnica de enfermagem seguindo risco biológico, já que não contamos com recepcionista em nossa equipe. Existe certo excesso de demandas espontâneas em usuários residentes na área de cobertura da UBS.

Em relação à saúde da Criança, fazemos os atendimentos de puericultura das crianças residentes em nossa área de abrangência de forma programática, aplicando nas consultas os protocolos estabelecidos para as mesmas pelo MS. As ações de atenção à saúde das crianças realizadas são: tratamento de problemas clínicos gerais, prevenção e tratamento de saúde bucal e mental, vigilância da imunização, prevenção de anemias, prevenção da violência, promoção do aleitamento materno e de hábitos alimentares saudáveis, realização do teste do pezinho em tempo estabelecido, explicação do significado do posicionamento da criança na curva de crescimento e como conhecer sinais de risco na curva de crescimento e o desenvolvimento neuropsicomotor das crianças.

As especialidades de Nutrição e Psicologia fazem o atendimento quando o médico solicita e restantes das especialidades Pediatria e Psiquiatria não há na cidade. Por isso, dificulta avaliação das crianças, já que são agendadas em outras cidades e demora muito tempo o atendimento. Nesta situação foi avaliada com os gestores do município para se obter melhora. Existe demanda de crianças para os atendimentos de problemas agudos e são atendidas no mesmo dia, segundo o critério médico. Os profissionais da equipe que fazem puericultura utilizam a classificação para identificar as crianças de alto risco utilizando o protocolo de atendimento e para regular o acesso das crianças a outros níveis do sistema de saúde. Os registros dos atendimentos das crianças são feitos em prontuário clínico,

formulário especial da puericultura e fichas de atendimento nutricional e odontológico. Existem arquivos específicos para os registros dos atendimentos com a finalidade de verificar crianças faltosas, completar registros, procedimentos atrasados, identificar crianças de alto risco e avaliar a qualidade do programa. A equipe vem alcançando aspectos positivos na cobertura da atenção a saúde da criança, como o aumento do número das consultas da criança e das mães durante o puerpério nos primeiros sete dias do nascimento. Ainda existe dificuldade em algumas regiões distantes que não se realiza esta consulta no tempo estabelecido pelo MS, porque o município não tem a disponibilidade do carro. A equipe faz as atividades de promoção e educação em saúde com os grupos das mães no início da gestação, brindando tema como o aleitamento materno e sua importância, imunização, monitoramento do crescimento e desenvolvimento das crianças, triagem auditiva, teste do pezinho, dentre outras.

O número de criança estimado para nossa área é de 21 crianças, mas temos apenas 10 cadastradas e acompanhadas (48% de cobertura). Dessas, 80% têm a consulta de acordo com o protocolo do MS, 90% tem o teste de pezinho, 50% tiveram as consultas nos primeiros sete dias devido às dificuldades do município com o transporte, e 50% com a avaliação de saúde bucal. Os restantes dos indicadores de qualidade se cumprem.

Em relação ao Pré-natal se faz um dia da semana, nos dois turnos. O atendimento é feito por médico e enfermeiro de maneira alternada, bem como o atendimento odontológico e o restante dos especialistas (Ginecologista, Psiquiatra) segundo as necessidades das gestantes ou puérperas. Temos a mesma dificuldade com relação ao agendamento com especialista nas cidades vizinhas. Nas consultas com as gestantes se brinda prevenção e educação em saúde, assim como as atividades de grupo que são feitas no âmbito da UBS, nas quais participam todos os profissionais de saúde, desenvolvendo temas como alimentação, imunizações, cuidados do recém-nascido, parto e puerpério, aleitamento materno, saúde bucal, e outros temas. As gestantes que chegam a unidade de saúde com problemas de saúde agudos são atendidas no mesmo dia e se dá prioridade segundo o risco biológico do problema. Temos disponível o protocolo de atendimento do pré-natal produzido pelo MS e é utilizado pelos profissionais, a partir do qual realizamos classificação de riscos gestacionais para a avaliação de gestantes e para encaminhamentos a outros níveis do sistema de saúde. Os atendimentos a gestante

são registrados no prontuário clínico, formulário especial do pré-natal e ficha de atendimento odontológico e existe um arquivo específico para os registros dos atendimentos às gestantes que é revisado com a finalidade de avaliar as ações, bem como identificar as faltosas.

Outra dificuldade apresentada na UBS no atendimento ao Pré-natal é em relação à realização dos exames complementares, pois são realizados um dia no mês e os resultados chegam uma semana depois ou às vezes demora mais tempo e à realização das ultrassonografias obstétricas são feitas em outra cidade com demora nos agendamentos. Com ambas as dificuldades, tentamos sensibilizar a gestão para fazer convênios com clínicas privadas para resolver estas situações.

A cobertura de Pré-natal do caderno de ações programáticas (CAP) na minha UBS é 47%, pois de 21 gestantes estimadas, temos cadastradas e acompanhadas apenas 10. Os indicadores de qualidade referente ao início do pré-natal no primeiro trimestre e avaliação de saúde bucal se encontram em 90%, os restantes dos indicadores de qualidade equivalem a 100%.

A equipe desenvolve ainda atividades com foco na captação precoce e visitas domiciliares às puérperas, dentro do prazo previsto, nas quais são realizadas as ações segundo o protocolo do MS, voltadas para a promoção da saúde, avaliação de risco das puérperas e orientação sobre os cuidados com o recém-nascido. A cobertura de puerpério, segundo o CAP, é 57%, pois de 21 puérperas estimadas para nossa área, temos 12 cadastradas. Os indicadores da qualidade da atenção ao puerpério avaliados no CAP apresentam baixos valores. Dentre as puérperas cadastradas, 50% receberam orientações sobre planejamento familiar e método anticoncepcional, 25% foram avaliadas por médico clínico geral refletindo na ficha da puérpera e apenas 42% foram avaliadas quanto à intercorrências.

Em relação à prevenção do câncer de colo de útero e mama, todos os profissionais de saúde fazem promoção e prevenção dessas doenças, tais quais: orientação às mulheres para o uso de preservativo em todas as relações sexuais; ações que orientem sobre os malefícios do tabagismo e do consumo excessivo de álcool; estimulação da prática regular de atividade física; se insiste na prevenção de DST's, que são doenças que constituem riscos no desenvolvimento de câncer de colo de útero. Além disso, se faz ações de educação da mulher para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama e rastreamento quanto ao exame clínico, já que a solicitação de mamografia é muito difícil, tendo que

agendar consultas em outras cidades para fazer o exame, o que faz com que demore muito meses. Realizam-se a coleta de exames citopatológico, feita pela enfermeira um dia na semana, e as mulheres que fazem atendimentos nas consultas e visitas domiciliares se realiza exame clínico de mamas e/ou solicitação de mamografia. Os rastreamentos destas duas doenças, de modo oportunístico e programático, são feito por médico e enfermeira segundo o protocolo do MS para detecção precoce dos fatores de risco. Todos os exames são registrados no livro de registro, que têm carências de dados, e existe um arquivo específico e o prontuário para registrar este tipo de controle o qual não é revisado periodicamente. Como fonte de dados para o controle se utiliza os prontuários e se faz a anotação quando a paciente traz o resultado da mamografia. Realizam-se atividades de grupo de mulheres onde participam os profissionais de saúde com o objetivo da prevenção destas doenças. A forma de planejamento, gestão, avaliação e monitoramento do programa se fazem no nível da equipe e em reunião mensal, analisando os indicadores baixos nestes programas e buscando ações de saúde e métodos de trabalho que permitam melhorar o controle dos mesmos.

A cobertura do câncer de colo de útero em mulheres entre 25 e 64 anos de nossa área de abrangência é 73%, 342 mulheres nesta faixa etária estimada para nossa área, 251 estão cadastradas no programa. Os indicadores de qualidade avaliados estão baixos e precisamos de ações de saúde e métodos de trabalho melhores que permitam um controle adequado deste programa. Os exames citopatológico para câncer de colo de útero em dia equivalente 47 % e 25 % dos exames citopatológico para câncer de colo de útero estão com mais de 6 meses de atraso. Outros indicadores de qualidade, tais como avaliação de risco para câncer de colo de útero, orientação sobre prevenção de câncer de colo de útero e sobre DSTS e exames coletados com amostras satisfatórias se comportam em 47%.

Os indicadores de Cobertura do Controle do Câncer de Mama em a faixa etária (50-69 anos) a cobertura é de 94 %, pois 105 mulheres nesta faixa etária estimada para nossa área têm 99 cadastradas na ação programática. Os indicadores da qualidade referente a realização da mamografia está em 19%, pois as mulheres têm que agendar consultas em outras cidades para fazer o exame e demora muito até meses. O indicador relativa à mamografia com mais de 3 meses em atraso está em 81% e à avaliação de risco para câncer de mama e orientação sobre prevenção do câncer de mama equivale à 51%.

Em relação à atenção aos Hipertensos e Diabéticos, realizamos consultas de acompanhamento do estado de saúde dos portadores dessas doenças, onde participa a médica e enfermeira, na promoção e educação em saúde, para alcançar mudanças para estilos de vida saudável, controle do peso corporal, avaliação da pressão arterial. Esses atendimentos são registrados nos prontuários clínicos individual de cada usuário. Faz-se atividades de promoção e educação em saúde sobre alimentação saudável, importância dos exercícios físicos, assistir a consulta, sobre os fatores de risco modificáveis para um estilo de vida saudável, fazendo avaliação adequada e integral dos fatores de riscos cardiovasculares, renais e outros. Com a presença da equipe odontológica, houve uma melhora na atenção e avaliação integral. Contudo, temos dificuldades para o encaminhamento destes pacientes a alguns outros níveis de saúde, por qualquer motivo como hospitalização e seguimentos a especialidades, já que demora muito para marcar as consultas. Ainda, temos dificuldade em relação à falta dos medicamentos e, mesmo conversando com gestores de saúde, ainda não foi resolvido.

A cobertura da atenção da ação programática em nossa área está muito baixa, temos uma cobertura de 34% para hipertensão com 97 pacientes e 54% para a diabetes com 44 pacientes. O número estimado segundo os dados do caderno de ações programática é de 284 hipertensos e 81 diabéticos. Quanto aos indicadores de qualidade, também temos algumas dificuldades. As consultas de Hiperdia, por exemplo, não acontecem em dia segundo a periodicidade estabelecida pelos protocolos. Além disso, temos dificuldade na realização dos exames complementares e avaliação da estratificação de risco cardiovascular, não contamos com os medicamentos suficientes dos usuários hipertensos e diabéticos, onde se conversou com gestores de saúde para resolver a situação. Os atendimentos são registrados nos prontuários clínicos individual de cada paciente com pouca informação. Por isso fazemos a pesquisa ativa na busca de novos casos em todos os usuários maiores de 20 anos em consultas ou visitas domiciliares, pesquisa ativa dos usuários com sintomas destas enfermidades e suas complicações. Não fazemos glicemia já que não constamos com glicômetro em nossa UBS. A estratégia tomada com os gestores foi à sensibilização para realizar a compra do glicômetro.

Em relação à saúde dos idosos temos em nossa área 150 idosos e a estimativa do número de idosos residentes na área de abrangência segundo os dados do Caderno de Ações Programáticas as pessoas com 60 anos ou mais são de

150. Realiza-se atendimento neste grupo como está estabelecida pelo MS. Esses atendimentos acontecem todos os dias em todos os turnos para os idosos da área de abrangência, onde participa toda a equipe de saúde. Os idosos com problemas de saúde agudos são atendidos no mesmo dia dando sua prioridade segundo a características clínicas e magnitude do caso. Realizam-se ações de educação em saúde, onde se explicam temas relacionados à prevenção e promoção das doenças e que ajudam a melhorar a qualidade de vida, tais quais: imunizações, promoção de atividade física, hábitos alimentares saudáveis, promoção de saúde bucal e mental, problemas clínicos gerais, tabagismo, obesidade, etc. Nestas atividades participam a equipe completa e as especialidades solicitadas pela equipe segundo o tema que será desenvolvido, feitas no âmbito da UBS. Não existem protocolos para regular o acesso dos idosos a outros níveis do sistema de saúde nem encaminhamento deles. Os atendimentos são registrados em os prontuários clínicos, ficha de atendimento odontológica e nutricional. Não contamos com um arquivo específico para os registros do atendimento. Realizamos a avaliação da capacidade funcional global dos idosos e durante as consultas e visitas domiciliares se explica a seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência neste grupo. Realiza-se planejamento, gestão, e coordenação e avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos idosos com toda a equipe de saúde com uma frequência mensal.

Temos uma cobertura da atenção aos idosos de 100%, porém, os indicadores de qualidade ainda precisam melhorar. Acho que podemos trabalhar as atividades neste grupo como o acolhimento e acompanhamento adequado de cada idoso, de acordo a sua doença se houver, realizando promoção e educação em saúde em consultas e visitas domiciliares. Além disso, melhorar na atenção odontológica que a equipe foi completada recentemente, e identificar os riscos de fragilidade dos pacientes idosos. Ainda, precisamos melhorar a disponibilização da caderneta de saúde da pessoa idosa, que começou a ser entregue recentemente.

Os maiores desafios que eu identifiquei no início do curso foi à equipe incompleta e a falta de organização, planejamento e a sistematização do trabalho, bem como dificuldades na estrutura na UBS e carência de materiais e insumos. Ainda, algumas dificuldades na marcação com as especialidades. Podemos olhar mudança em alguns aspectos com a completa composição da equipe de saúde e há incremento das atividades e ações de saúde para promoção e prevenção nas

comunidades. A qualidade do preenchimento dos registros tem melhorado, permitindo obter dados e avaliar na atenção básica.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Comparando a resposta dada em à pergunta Qual a situação da ESF/APS em seu serviço, na segunda semana de ambientação do curso, e este Relatório da Análise Situacional, evidentemente a resposta da segunda semana do curso foi muito superficial, já que não contava com elementos necessários para fazer uma avaliação detalhada com todos os aspectos da situação na UBS. Com os conhecimentos adquiridos durante a realização e preenchimento dos Questionários e Cadernos de Ações Programáticas, foi possível fazer uma análise mais aprofundada, permitindo obter conhecimentos sobre as estratégias a realizar melhorias no trabalho, elevando a qualidade de vida dos pacientes. Mas devemos trabalhar para alcançar mudanças positivas na Atenção Básica, tendo como base os protocolos do MS, bem como o comprometimento de todos os membros da equipe.

2 Análise Estratégica-Projeto de Intervenção

2.1 Justificativa

A HAS e DM são importantes problemas de saúde em todo o mundo e constituem as doenças de maior demanda na atenção primária de saúde nas UBS e no Brasil. A Sociedade Brasileira de Diabetes e Hipertensão estima uma incidência que aumenta a cada dia. Em estudos realizados em 2006, a incidência da hipertensão no país era de 21,6% e no ano 2010 passou para 23,3%, sendo a prevalência estimada na população brasileira de 21,6% nos adultos e 65% em idosos. Aproximadamente um 30% dos pacientes desconhecem serem portadores da doença. Na diabetes a incidência, no ano 2010, equivaleu 7,5 milhões de vítimas. (Sociedade Brasileira de Diabetes e Hipertensão, 2006). Um estudo multicêntrico sobre a prevalência de Diabetes Mellitus apontou um índice 7,6% na população brasileira entre 30 a 69 anos, atingindo cifras próximas a 20% na população acima dos 70 anos. Espera-se que no ano 2030 esta prevalência aumente a 12,7% (PAIVA, D. C. P. de; BERSUSA, A. A. S; ESCUDER, M. M. L. 2006; SBH, 2010; SBD, 2007). O manejo da HAS e DM e o conhecimento dos seus protocolos preconizados pelo o MS ajudam os profissionais de saúde a melhorar a abordagem e avaliação adequada dos pacientes, possibilitando redução das complicações que levam às limitações físicas e alterações psicológicas aos pacientes e suas famílias. A abordagem adequada dessas doenças reduzem as taxas de morbimortalidade tais quais: acidentes vasculares cerebrais, insuficiência renal e cardíaca, mortes prematuras, entre outras (BRASIL, 2013^a; FUCHS FD, 2014). Com respeito às complicações da Diabetes, pode reduzir as amputações, cegueira e cetoacidose, que estão entre as principais complicações (BRASIL, 2013b).

A UBS é a porta de entrada dos usuários no Sistema de Saúde, a qual é o melhor ponto para acolher e fazer atendimento integral dos pacientes, melhorando a qualidade de vida deles. Deve incluir atividades de promoção e educação em saúde, com a integração dos profissionais de saúde da equipe e sua comunidade que permitam um melhor trabalho na atenção básica, contribuindo com a solução dos

problemas apresentados pela população da área de abrangência e mudanças de estilos de vida.

A UBS Inácio Mendes de Cerqueira, localizada na zona rural de Transval possui 01 ESF, a qual está composta por médico geral, enfermeira, técnico de enfermagem, 04 agentes comunitários de saúde, dentista, técnico de higiene bucal, vigia e auxiliar de serviços geral. As condições estruturais da UBS não estão em concordância com o modelo no manual sobre a estrutura do MS e é muito pequena. A população da área adstrita da UBS é de 1.414 pacientes. Toda a equipe de saúde desenvolve atividades na ação programática Atenção aos Usuários com HAS e DM, fazendo acompanhamentos dos pacientes, controle do peso corporal, avaliação da pressão em todos os pacientes maiores de 18 anos assistidos às consultas ou nas visitas domiciliares, fazendo uma avaliação adequada e integral dos fatores de riscos cardiovasculares, renais e outras causas que influem nestas doenças.

O foco escolhido para o desenvolvimento da intervenção na UBS é ação programática Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), a qual possui um baixo indicador de cobertura, segundo o caderno de ação programática, equivalendo a 34% para hipertensão (97 usuários de uma total de 284 estimados) e 54% para a diabetes (44 usuários de um total de 81 estimados). Além disso, há diversos indicadores para medir a qualidade da atenção à população que precisam ser melhorados, a exemplo da periodicidade das consultas estabelecida pelos protocolos, realização dos exames complementares e avaliação da estratificação de risco cardiovascular, disponibilização dos medicamentos suficientes para as duas doenças e os registrados nas fichas de acompanhamentos, que tem pouca qualidade da informação. Constitui uma responsabilidade e um desafio para os profissionais de saúde oferecer uma atenção de qualidade aos portadores da HAS e DM, reduzindo a morbimortalidade destas doenças e suas complicações.

É fundamental a participação de todos os profissionais de saúde no foco escolhido para a intervenção, já que permite realizar o planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento deste programa. Eles devem participar nas atividades de promoção e educação em saúde para mudanças positivas no estilo de vida dos usuários. A incorporação na UBS destas ações de saúde na rotina de trabalho constitui um desafio fundamental para garantir o alcance das metas e na garantia de uma atenção baseada nos princípios da atenção básica (Universalidade,

Integridade e Equidade), os quais possui relação com o engajamento público, organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, e qualificação da prática clínica.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção aos usuários com hipertensão arterial e diabetes na UBS Inácio Mendes de Cerqueira, São José do Divino/PI.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo nº 1. Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos na UBS.

Metas:

1.1 Cadastrar 55% (157), dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

1.2 Cadastrar 70% (57) diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo nº 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos.

Metas:

2.1. R 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo nº 3. Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa

Metas:

3.1. Buscar 100% dos hipertensos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada pelo MS.

3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada pelo MS.

Objetivo nº 4. Melhorar o registro das informações sobre hipertensos e diabéticos.

Metas:

4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo nº 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovasculares.

Metas:

5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo nº 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos na área de abrangência.

Metas:

6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saldável a 100% dos diabéticos.

6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

2.3 Metodologia

Esta intervenção está estruturada para ser desenvolvida no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Inácio Mendes de Cerqueira, no Município de São José do Divino/PI. Participarão da intervenção 107 pessoas, a faixa etária foram usuários maiores de 20 anos com hipertensão e/ou diabetes.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo nº 1. Ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos na UBS.

Meta 1.1 e 1.2 Cadastrar 55% dos hipertensos e 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ações:

➤ Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: Para o monitoramento os dados do acompanhamento dos pacientes com HAS e DM serão coletados numa planilha de coleta de dados, para acompanhar a cobertura do programa.

➤ Organização e gestão:

- Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: O registro será feito em todas as consultas pela médica e enfermeira utilizando a ficha específica do programa.

- Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS e Diabetes.

Detalhamento: O acolhimento será realizado todos os dias e em todos os turnos, por todos os profissionais da equipe, garantindo marcação da consulta, ou atendimento das demandas de urgência.

- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: Os materiais serão garantidos através de conversas com os gestores sobre a importância de qualificar esta ação programática e a necessidade de disponibilizar os materiais.

➤ Engajamento Público:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Orientar à comunidade da importância da verificação Pressão Arterial dos pacientes maiores de 18 anos e do rastreamento da DM, através de ações educativas mediante atividades de grupos, palestras na comunidade assim como seus fatores de riscos destas doenças envolvendo a todos os profissionais de saúde da equipe.

- Qualificação da prática clínica:
 - Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
 - Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Capacitar a equipe de saúde sobre cadastramento dos os pacientes com destas doenças para o rastreio de casos de HAS e DM e verificação da pressão arterial, nas reuniões semanais com a equipe fazer atividades de treinamento aos profissionais de saúde feita pela médica.

Objetivo nº 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos.

Metas 2.1 e 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos de acordo ao estabelecido pelo MS.

Ações:

- Monitoramento e Avaliação:
 - Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Solicitar a todos os pacientes Hipertensos e diabéticos, todos os exames de acordo com o protocolo de HAS e DM, coordenada pelo gestor de saúde, para garantir o acesso dos pacientes na realização dos exames.

- Organização e gestão:
 - Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos.
 - Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde sobre a HAS e Diabetes Mellitus.
 - Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais de saúde sobre Hipertensão e Diabetes.

Disponibilizar de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde de hipertensão e Diabetes.

Detalhamento: Capacitar todos os profissionais da equipe de acordo com o protocolo preconizado pelo MS, esta capacitação se realizará semanalmente, nesta

atividade envolver aos gestores de saúde com a impressão dos protocolos pelo o MS. Realizar-se um registro com dos pacientes hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência com exames indicados segundo o protocolo, isto será feito pela técnica de enfermagem e encaminhar todos os pacientes hipertensos e diabéticos segundo o atendimento para avaliação odontológica.

➤ Engajamento Público:

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes assim como sua importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Orientar nas comunidades sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas, assim como realizar atividades de educação e promoção de saúde e importância da avaliação periódica.

➤ Qualificação da prática clínica:

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Capacitação a toda da equipe de saúde na reunião semanal, como estabelece o protocolo pelo MS, será realizado pela médica da equipe de saúde.

Meta: 2.3 e 2.4. Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo do MS.

Ações:

➤ Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

➤ Organização e gestão:

- Garantir a solicitação dos exames complementares dos pacientes hipertensos e diabéticos.

- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares aos pacientes hipertensos e diabéticos definidos no protocolo.

- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados dos pacientes hipertensos e diabéticos.

- Detalhamento: Realização de exames laboratoriais a todos os pacientes hipertensos e diabéticos de acordo com o protocolo e com a periodicidade estabelecida com relação com os gestores de saúde para sua realização facilitando uma contra referência rápida dos exames.

- Engajamento Público:

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares segundo o protocolo da hipertensão e diabetes.

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares aos pacientes hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Orientar na comunidade durante as atividades de promoção e educação em saúde, palestras, mural informativo na UBS a importância na realização dos exames destes pacientes.

- Qualificação da prática clínica:

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares aos pacientes hipertensos e diabéticos.

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Capacitação a toda da equipe de saúde na reunião semanal com respeito à solicitação de exames, como estabelece o protocolo pelo MS, será realizado pela médica da equipe de saúde.

Metas 2.5 e 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações:

- Monitoramento e Avaliação:
 - Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Organização e gestão:
 - Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos de Hipertensão e Diabetes na unidade de saúde.
 - Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- Engajamento Público:
 - Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Monitorar o acesso aos medicamentos de farmácia com realização de controle e dos registros das necessidades dos hipertensos e diabéticos orientando na comunidade o direito deles de acesso aos medicamentos. Esta atividade será feita pela técnica de enfermagem.

- Qualificação da prática clínica:
 - Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.
 - Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Capacitação a toda a equipe de saúde na reunião semanal com respeito a uso de medicamento suas reações e contraindicações serão realizadas pela médica da equipe de saúde.

Metas 2.7 e 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos na UBS.

Ações:

- Monitoramento e Avaliação:
 - Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.
- Organização e gestão:
 - Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Monitorar e organizar segundo o atendimento dos hipertensos e diabéticos aos pacientes que precisam avaliação odontológica e agendar consultas programadas se realizaria semanal pela odontóloga e a técnica de saúde bucal.

- Engajamento Público:
 - Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.
- Qualificação da prática clínica:
 - Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Orientar na comunidade em as atividades de promoção e educação em saúde, palestras e murais informativos a importância da avaliação de saúde bucal destes pacientes e realização de capacitação dos profissionais da equipe com avaliação odontológica responsável desta atividade a odontóloga da equipe.

Objetivo nº 3. Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa

Metas 3.1 e 3.1. Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada pelo MS.

Ações:

- Monitoramento e Avaliação:
 - Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas nos protocolos hipertensão e diabetes esta ação será realizada por toda a equipe de saúde e será analisada nas reuniões semanais.

- Organização e gestão:
 - Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos dos pacientes hipertensos e diabéticos.

- Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Incrementar o número de visitas domiciliares pelos ACS na pesquisa dos pacientes faltosos e fazer o agendamento da próxima consulta.

➤ Engajamento Público:

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas dos pacientes hipertensos e diabéticos.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabéticos (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de hipertensão, diabéticos e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Esta ação se realizará a nossa comunidade através das atividades de promoção e prevenção de saúde dos pacientes hipertensos e diabéticos.

➤ Qualificação da prática clínica:

- Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Capacitação a toda a equipe de saúde na reunião semanal com respeito à importância de assistir as consultas programadas serão realizadas pela médica e enfermeira da equipe de saúde.

Objetivo nº 4. Melhorar o registro das informações sobre hipertensos e diabéticos.

Metas 4.1 e 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações:

➤ Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Monitorar sistematicamente os registros dos pacientes hipertensos e diabéticos, atividade realizada pelo médico, enfermeiro e a técnica de enfermagem.

➤ Organização e gestão:

- Manter as informações do SIAB atualizadas dos hipertensos e diabéticos.
- Implantar a ficha de acompanhamento aos hipertensos e diabéticos.
- Pactuar com a equipe o registro das informações dos hipertensos e diabéticos.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros dos hipertensos e diabéticos.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Organizar e realizar as fichas de acompanhamentos e sistema de registro dos pacientes que alerte a equipe dos pacientes faltosos as consultas ou atraso nos exames nesta atividade serão monitorados pelo médico, enfermeira e a técnica de enfermagem.

➤ Engajamento Público:

- Orientar os pacientes hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Orientar por as atividades educativas e em grupos na comunidade sobre seus direitos em relação á manutenção dos registros e acesso destes, envolvendo toda a equipe.

➤ Qualificação da prática clínica:

- Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Capacitação a toda da equipe de saúde na reunião semanal com respeito ao preenchimento dos registros e adequado registros dos procedimentos clínicos serão realizadas pela médica e enfermeira da equipe de saúde.

Objetivo nº 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovasculares.

Metas 5.1 e 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações:

➤ Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar o número de pacientes hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: Monitorar em todas as consultas dos pacientes hipertensos e diabéticos que tenham realizada a estratificação de risco dentro do tempo estabelecido.

- Organização e gestão:
- Priorizar o atendimento dos pacientes com hipertensão e diabetes avaliados como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda aos pacientes hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Se estabelecerá a priorização de todos os pacientes hipertensos e diabéticos avaliados de altos riscos para seu atendimento.

➤ Engajamento Público:

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer os pacientes hipertensos, diabéticos e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Realizar as atividades de prevenção e promoção de saúde com os grupos riscos nas comunidades, com participação da equipe de saúde.

➤ Qualificação da prática clínica:

- Capacitar a equipe de saúde para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo das doenças e aos pacientes diabéticos a avaliação dos pés.
- Capacitar a equipe de saúde para a importância do registro desta avaliação.

- Capacitar a equipe de saúde quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Capacitação a toda da equipe de saúde na reunião semanal com respeito a conhecer e realizar a estratificação de risco ou lesões em órgãos alvos e sua importância de registrar todos os dados apresentados e controle dos fatores em cada paciente.

Objetivo nº 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos na área de abrangência.

Metas:

6.1 e 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

6.3 e 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

6.5 e 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo e consumo de álcool a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

6.7 e 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Ações:

➤ Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Monitoramento de todas estas ações de saúde pela equipe de saúde da equipe durante as consultas de controle e as visitas domiciliares.

➤ Organização e gestão:

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física aos hipertensos e diabéticos.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".
- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Os gestores de saúde devem realizar análises das necessidades econômicas destes pacientes para entregar ajuda em a alimentação, organizar grupos para a prática de exercícios em ginásios de fisioterapia envolvendo a educadores físicos e compras de medicamentos.

➤ Engajamento Público:

- Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- Orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Orientar a todos os pacientes sobre alimentação, abandono de tabagismo e seus malefícios para à saúde e realizar ações de promoção e prevenção de saúde aproveitando todos os lugares públicos para divulgar estas ações na comunidade.

➤ Qualificação da prática clínica:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável aos hipertensos e diabéticos.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde dos hipertensos e diabéticos.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde dos hipertensos e diabéticos.
- Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas hipertensos e diabéticos.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde dos hipertensos e diabéticos.
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Realizar capacitação semanal a todos os profissionais de saúde da equipe que ajudam a melhorar a saúde e encaminhar as ações de saúde preventivas eleva a qualidade de vida na comunidade.

2.3.2 Indicadores

Objetivo nº 1. Ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos na UBS.

Metas:

Meta 1.1: Cadastrar 55% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção aos hipertensos na unidade básica de saúde.

Numerador: Número de usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção aos diabéticos na unidade de saúde.

Numerador: Número de usuários com diabetes residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Denominador: Número total de usuários com diabetes é residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo nº 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos.

Meta 2.1 e 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos de acordo ao estabelecido pelo MS.

Indicador 2.1: proporção de Hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com numero de consultas realizadas em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.2: proporção de Diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com numero de consultas realizadas em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3 e 2.4: garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.4: proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5 e 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Indicador 2.6: proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7 e 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador 2.7: proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 2.8: proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo nº 3. Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa.

Meta 3.1 e 3.2: Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: proporção dos hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Indicador 3.2: proporção dos diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo nº 4. Melhorar o registro das informações sobre hipertensos e diabéticos.

Meta 4.2 e 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo nº5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovasculares.

Meta 5.1 e 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo nº 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos na área de abrangência.

Metas 6.1 e 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Metas 6.3 e 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Metas 6.5 e 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7 e 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Com respeito à logística na intervenção na Atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, é necessários aspectos básicos para sua estrutura desta ação programática tais como: protocolo ou manual técnico, registro específico e monitoramento regular. O protocolo ou manual técnico que vamos adotar é o Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, 2013, Caderno da atenção Básica nº 37 e 36, respectivamente. Utilizaremos os prontuários individuais dos usuários, o cartão de hipertensos e diabéticos, Ficha B dos ACS, a ficha odontológica e o livro de registro dos pacientes Hipertensos e Diabéticos cadastrados de nossa área de abrangência disponíveis na UBS.

Os prontuários não preveem a coleta de informações detalhada sobre o acompanhamento para realizar avaliação de risco e o cálculo de todos os indicadores do curso da UFPEL. Assim para poder coletar todos os indicadores

necessários ao monitoramento da intervenção, iremos utilizar a fichas específicas de acompanhamento dos hipertensos e/ou diabético disponibilizadas pelo curso. A disponibilidade das fichas de registros e prontuários será garantida pelos gestores do município.

Iniciaremos a intervenção com a ação de capacitar a equipe de saúde para utilização do protocolo a análise situacional, sendo que a definição do foco de intervenção já foi discutida com a equipe na UBS. Assim começaremos primeiro com a capacitação sobre o Protocolo da Hipertensão e Diabetes por o MS para que toda a equipe utilize igual referencias com os pacientes hipertensos e diabéticos. A mesma ocorrerá na UBS e serão reservadas duas horas ao final do expediente, no horário da reunião da equipe, onde a médica, enfermeira e odontóloga estudarão uma parte do protocolo e irá expor o conteúdo aos outros membros da equipe.

Dentre os temas das capacitações temos: capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde; capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg; capacitar a médica e enfermeira para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e a importância do registro desta avaliação; capacitar a equipe sobre as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis; capacitar a equipe para o preenchimento dos registros e adequado registros dos procedimentos clínicos dentre, outras.

Objetivamos alcançar com a intervenção uma cobertura de 55% dos Hipertensos, equivalente a 157 pacientes, e 70% dos diabéticos, que correspondem a 57 pacientes. Faremos contato com os gestores no município para dispor a realização de exames laboratoriais, fichas complementares que serão anexadas aos prontuários de todos os 157 hipertensos e 57 diabéticos e mais se necessário.

Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada os prontuários individuais. A organização do registro específico do programa e de todos os prontuários dos usuários cadastrados será feita na UBS por famílias, e a médica ou enfermeira revisará o livro de registro identificando-se todos os hipertensos e diabéticos estão comparecendo à consulta ou tendo a visita domiciliar. Esta revisão será semanal, monitorando assim indicadores de qualidade e revisão do livro onde registramos pressão arterial e glicemia capilar dos usuários maiores de 18 anos.

No dia do atendimento, a técnica de enfermagem localizará os prontuários dos pacientes hipertensos e diabéticos e anexará à ficha complementar, onde transcreverá todas as informações da verificação da pressão arterial e glicemia. Durante o atendimento pela médica e/ou enfermeira, se realizará o monitoramento anexando uma anotação sobre consultas e exames clínicos em atraso, com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado pelo MS, se os usuários tem acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, se necessitam de atendimento odontológico e aqueles usuários que não tenha realização de uma verificação da estratificação de risco com o mínimo de uma vez por ano, a qual será feita pela médica da equipe durante as consultas. No caso dos pacientes faltosos ou com atraso dos exames laboratoriais e acesso aos medicamentos, os ACS de cada área realizarão as visitas e agendará a próxima consulta.

Para viabilizar a ação de acolhimento dos hipertensos e diabéticos na demanda dos casos agudos, não haverá necessidade de alterar a organização da agenda, estes serão priorizados nas consultas disponíveis para rápido atendimento diariamente. Para o atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da pesquisa ativa e/ou busca ativa serão reservadas 8 consultas semanais (2 Vagas diárias). Os restantes dos usuários cadastrados continuam nas consultas programáticas do Hiperdia semanais.

Além disso, continuaremos realizando atividades de promoção e educação em saúde e pesquisa ativa de hipertensos e diabéticos não diagnosticados em todo usuário maior de 18 anos. Esta pesquisa ativa permite a detecção precoce de casos novos (Incidências) agendando consultas aos pacientes.

Para a sensibilização da comunidade realizaremos contato com os representantes na comunidade e nas escolas das regiões de nossa área de abrangência e apresentaremos o projeto, esclarecendo a importância de seguimento e controle dos pacientes para diminuir as complicações. Solicitaremos apoio na comunidade no sentido de todo paciente maior de 18 anos com fatores de risco avaliem sua pressão arterial na UBS.

Para o monitoramento da ação programática a enfermeira e técnica de enfermagem examinarão semanalmente os prontuários e os registros específicos e ficha de acompanhamento, transferindo as informações para a planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso, e identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou avaliação odontológica em atraso, dentre

outros dados. O ACS fará a busca ativa dos pacientes com atraso, estima-se 8 por semana 4 para hipertensão e 4 para diabetes ao mês 32 pacientes em total contamos com 4 microrregiões onde cada área há um ACS. Ao fazer a busca já se agendará aos pacientes para um horário à sua conveniência. Ao final de cada mês, todas as informações coletadas nos prontuários e outras atividades na intervenção serão discutidas, analisadas e consolidadas com o objetivo de melhorar os indicadores proposto na intervenção.

3 Relatório da intervenção

Chegamos ao final da intervenção na ação programática Atenção aos usuários com hipertensão e diabetes na UBS Inácio Mendes de Cerqueira, em São José do Divino/PI. A intervenção foi desenvolvida no período de 12 semanas, não coincidindo com o planejado de 16 semanas, pois houve o encurtamento da intervenção determinado pela coordenação do Curso EaD de Especialização em Saúde da Família da UFPEL. Foi iniciada no dia 05 de Fevereiro e finalizada no dia 30 de abril do ano 2015. Foram desenvolvidas ações nos quatro eixos da intervenção (Organização e Gestão do Serviço; Monitoramento e Avaliação, Qualificação da Prática Clínica; e Engajamento Público) as quais possibilitaram alcançar melhorias significativas na ação programática, com aumento da cobertura e melhoria dos indicadores de qualidade.

Durante todas as semanas de desenvolvimento do trabalho de intervenção na UBS, buscamos fazer todas as atividades segundo o planejado no cronograma, na logística e na planilha de objetivos, metas, indicadores e ações (HAS-DM), documentos estes elaborados durante a construção do projeto na unidade Análise Estratégica e baseados nos protocolos do MS (Caderno da atenção básica de saúde Nº 36 e 37 sobre Diabetes e Hipertensão respectivamente do ano 2013).

3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas

Realizamos na primeira semana a reunião com a equipe de saúde na UBS e com os gestores no município para apresentar o projeto de intervenção, divulgando e sensibilizando os gestores e profissionais da equipe, bem como solicitando o apoio de cada um deles no desenvolvimento da intervenção. Nesta reunião os gestores concordaram em imprimir toda a documentação necessária para o desenvolvimento do projeto e apoiá-lo.

Ainda, definimos o papel de todos os profissionais na ação programática e fizemos a organização de agenda compartilhada com os profissionais da equipe. Dessa forma, o trabalho passou a ser feito de forma sistemática e compartilhada,

onde a médica e a enfermeira eram responsáveis pela qualidade e cumprimento das consultas e visitas domiciliares de maneira adequada; a auxiliar de enfermagem pela revisão periódica dos documentos, avaliação da pressão e mensurações; a recepcionista por fazer o acolhimento com qualidades; os ACS pela visita aos usuários da intervenção em suas comunidades e busca ativa dos faltosos; e a odontóloga e a técnica de saúde bucal de fazer exame bucal e orientações aos usuários da intervenção.

Nesta primeira reunião discutimos também a dificuldade enfrentada pelos usuários na realização dos exames complementares, pois são feitos no sistema privado de saúde. Ao longo da intervenção conseguimos apoio dos gestores para uma solução parcial desse problema, pois houve uma negociação com o setor privado, reduzindo os custos desses exames para os usuários. Outras dificuldades que apresentamos logo no início foram a não disponibilidade do glicômetro para medir a glicemia nos usuários da intervenção e a falta da avaliação odontológica pela equipe de saúde Bucal na UBS. Estas situações foram resolvidas integralmente, realizando a compra do aparelho e a disponibilização da ESB que no início da intervenção apresentou dificuldade, devido à orientação da secretaria de saúde para que os atendimentos fossem realizados na sede do município, mas posteriormente normalizou e a ESB foi incorporada a equipe.

Tivemos disponível na UBS a versão atualizada dos protocolos e os gestores fizeram entrega de todos os documentos impressos necessários para trabalhar a intervenção, garantindo assim os registros e organização das ações realizadas.

A ação de capacitar a equipe de saúde se iniciou na primeira semana e continuou durante as duas semanas seguintes. Realizamos a capacitação de toda a equipe de saúde uma semana para cada doença, começando pela Hipertensão e em seguida a diabetes, segundo o protocolo do MS. Utilizamos igual bibliografia para unificar critérios clínicos e conhecer o manejo adequado de cada usuário da intervenção. As capacitações foram realizadas na UBS pela médica, enfermeira e odontóloga incluindo os seguintes temas: capacitação dos ACS para o cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos; capacitação da equipe para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, com uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg; capacitação para realizar estratificação de risco e a importância do registro desta avaliação; capacitação sobre exames clínicos e

exames complementares estabelecidos segundo o protocolo e preenchimento dos registros durante os acompanhamentos dos usuários; capacitação da equipe para orientar os usuários sobre o acesso aos medicamentos da farmácia popular /Hiperdia e para avaliação das necessidades odontológicas; capacitação dos ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a periodicidades das consultas e fatores de risco modificáveis, a fim de orientarem os usuários nas visitas. Estas capacitações eram sempre reforçadas em todas as reuniões da equipe de saúde, às quintas-feiras, quando se fazia análise, avaliação e monitoramento da intervenção, não apresentando dificuldades para cumprir esta atividade.

Durante a intervenção realizamos quatro contatos com lideranças comunitárias nas comunidades atendidas, falando sobre a importância da intervenção, solicitação de apoio pelas comunidades para captação dos usuários com fatores de risco elevado e para fazer a pesquisa ativa das duas doenças, com avaliação da pressão arterial a todo usuário maior de 18 anos. Solicitamos apoios para informar nas comunidades a existência do programa na unidade de saúde.

Em relação às atividades de promoção e educação em saúde, realizamos três atividades com temas relacionados com a alimentação, dislipidemias, importância das atividades físicas e riscos do tabagismo com apoio do NASF e a participação das comunidades. Estas atividades foram cumpridas com qualidade, apesar das intensas chuvas durante o período. Os usuários e a equipe de saúde ficaram contentes. Neste eixo, segundo o cronograma, planejamos três atividades, pois as comunidades de nossa área de abrangência são distantes e o deslocamento dos usuários dificulta a realização das atividades.

Conseguimos melhorar os acolhimentos dos usuários da intervenção com a incorporação da recepcionista à equipe, a qual fazia um primeiro acolhimento, fazendo a marcação da consulta ou encaminhando o usuário para a avaliação da equipe, em casos de demanda urgente. Não tivemos problemas com excesso de demanda espontânea. Durante os atendimentos clínicos realizados aos usuários hipertensos e diabéticos, sejam nas consultas ou visitas domiciliares, usamos as fichas e ferramentas fornecidas pelo curso, as quais foram preenchidas com avaliação integral dos usuários, realizando-se as seguintes ações: avaliação da estratificação de Framingham e fatores de risco modificáveis, solicitação de exames complementar dos usuários com dificuldade, prescrição dos medicamentos em

farmácia popular/Hiperdia, atendimento odontológico pela equipe de saúde bucal, avaliação do pé diabético e aferição da glicemia e PA. Os usuários ficavam contentes com a melhoria nos atendimentos, de maneira mais integral e com maior qualidade. Além disso, todos os usuários receberam orientações gerais sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal, assim como sua importância para sua saúde e diminuir as complicações. Todos os usuários da intervenção já saíam com a próxima consulta agendada.

Durante as 12 semanas foram realizadas o monitoramento dos usuários hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência nas quintas-feiras a tarde com a equipe de saúde completa, monitorando e avaliando também todas as atividades da intervenção, desde seu cumprimento até a qualidade do preenchimento dos registros e da realização das ações de promoção e educação em saúde. Fez-se análise dos comportamentos dos indicadores de Cobertura e de qualidades (adesão, registro, avaliação de risco e promoção da Saúde). Isso porque, dependendo dos resultados alcançados, podíamos conhecer se estavam cumprindo os objetivos propostos e metas a atingir e discutir as mudanças nas estratégias traçadas. Não apresentamos nenhuma dificuldade para o cumprimento dessa atividade.

3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas.

Nas primeiras semanas da intervenção, apresentamos dificuldades para realizar os exames laboratoriais aos usuários da intervenção, não contamos com glicômetro e a equipe de saúde bucal trabalhava na sede do município. Porém, estes problemas foram sinalizados imediatamente aos gestores no município para seu apoio, sendo resolvidas estas situações. Dessa forma, não tivemos nenhuma ação que deixou de ser desenvolvida, pois as dificuldades foram resolvidas logo no início da intervenção.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados

Em realidade, nas primeiras semanas, tivemos problemas no preenchimento correto das fichas espelhos por falta de pratica dos profissionais, problema que foi resolvido imediatamente. Tivemos problemas com vários indicadores que foram resolvidos no transcurso das semanas da intervenção. Não tivemos problemas com a planilha de coleta de dados dos hipertensos e diabéticos, já que buscamos compreender o funcionamento do preenchimento da planilha, com o apoio da orientadora.

3.4 Análises da incorporação das ações previstas no projeto à rotina

As ações previstas no projeto todas estão vinculadas à rotina da equipe na UBS, pois aproveitamos todos os cenários das atividades diárias para aplicar o projeto exemplos: captação de hipertensos e diabéticos; verificação da PA a todo usuário que buscava a nossa UBS; busca ativa de faltosos à consulta; cadastramento dos usuários; até as atividades de educação em saúde. Além disso, outras equipes das outras UBS que temos no município também se envolveram e buscaram implementar a intervenção em sua área de abrangência. Dessa forma, a equipe de saúde está em função de que o projeto cumpra os objetivos propostos e metas, mesmo com o fim da intervenção. Assim, continuaremos as ações do programa de HAS e DM com a mesma qualidade.

Os aspectos que devem ser melhorados é que devemos continuar visitando e conversando com os usuários para que visitem com maior frequência a UBS e participe mais das atividades de promoção; divulgar mais os medicamentos disponíveis na farmácia popular; criar uma sala ampliada para desenvolver as atividades com os grupos de promoção da saúde, já que esta unidade é muito procurada pelos usuários e poder fazer atividades com boa qualidade. Deve ser melhorado o espaço físico da sala de espera e estrutura da UBS, já que é muito pequena, assim, melhorar o acolhimento dos usuários.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção ocorreu durante 12 semanas consecutivas, devido ao encurtamento da intervenção, sendo iniciada no dia 05 de fevereiro e finalizada no dia 30 de abril do ano 2015. A partir do preenchimento dos questionários da Análise Situacional, do Caderno de Ações programáticas e a análise dos protocolos do MS, decidimos escolher como foco da intervenção a atenção aos usuários Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção a estes usuários na UBS Inácio Mendes de Cerqueira. As ações realizadas nos quatro eixos da intervenção (Organização e Gestão do Serviço; Monitoramento e Avaliação, Qualificação da Prática Clínica; e Engajamento Público) permitiu alcançar melhorias significativas na ação programática desenvolvida, com aumento da cobertura e melhoria dos indicadores de qualidade.

Para cálculo dos indicadores da planilha de coleta de dados, utilizamos os dados sobre o total de hipertensos e diabéticos residentes na área coletados do SIAB, o qual é atualizado e confiável. Dessa forma, o total de hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência é de 106 e 49, respectivamente. Antes da intervenção, o número de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade era de 97 e 44 usuários, respectivamente, com indicadores de cobertura em 34% para a HAS e 54% para a DM, considerando as estimativas do CAP. Tivemos dificuldades ao iniciar a intervenção, pois a equipe de saúde estava incompleta e a organização e preenchimento dos registros das informações eram ruins, assim como não havia o glicômetro na UBS. Quando culminamos a intervenção, foi possível apresentar estes problemas aos gestores, que foram solucionados, paulatinamente.

Os resultados alcançados através do trabalho desenvolvido em três meses e o esforço realizado pela equipe de saúde e as comunidades permitiu cadastrarmos um total 106 Hipertensos e 49 Diabéticos. A seguir, apresentam-se os resultados com avaliação quantitativa e qualitativa de todos os indicadores de cobertura e qualidade que foram utilizados para monitorar a ação programática durante a intervenção.

Em relação ao Objetivo nº 1. Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos na UBS.

Meta 1.1: Cadastrar 55% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção aos hipertensos na unidade básica de saúde.

No primeiro mês da intervenção foram cadastrados 41 hipertensos (39%), no segundo mês 53 (50%) e no terceiro mês 66, o que representou ao final da intervenção um percentual de cobertura igual a 62% para o controle da hipertensão. Com isso, apesar da redução da duração da intervenção, conseguimos atingir a meta para o indicador de cobertura proposto para a intervenção, que era cadastrar 55% dos usuários com hipertensão da área de abrangência, como pode ser verificado na Figura 1.

Para cumprir essa meta de cobertura da HAS, realizamos um conjunto de ações, a exemplo do monitoramento de todo usuários maiores de 20 anos que buscavam a UBS para a consulta ou nas visitas domiciliar e do rastreamento dos usuários com HAS, através da pesquisa ativa com aferição da medida da pressão arterial. Desta pesquisa ativa se encontrou casos novos (incidência) e casos antigos sem acompanhamento (prevalência), realizando o cadastramento dos usuários e avaliação integral. O trabalho realizado pelos ACS na área a procura dos hipertensos também foi fundamente para alcançar estes resultados, pois eles se mostraram bastante empenhados nesta função. Ainda, a divulgação da intervenção realizada por toda a equipe nas comunidades e na UBS e o contatos com líderes comunitários possibilitou que a intervenção fosse divulgados e mais hipertensos buscassem a unidade de saúde.

Dentre outras ações realizadas pela equipe de saúde, podemos referir as capacitações aos ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade e capacitação da equipe para o acolhimento e verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

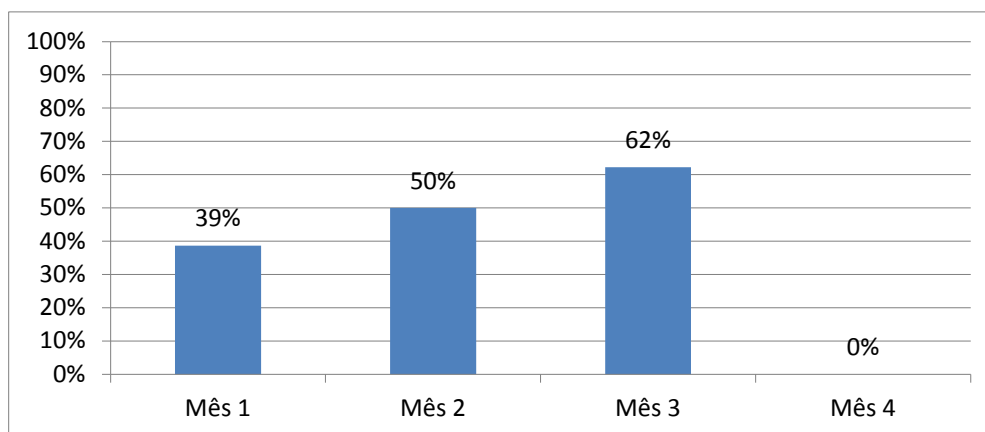


Figura 1 – Gráfico da cobertura do programa de atenção aos Hipertensos na UBS Inácio Mendes de Cerqueira, São José do Divino/PI.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Meta 1.2: Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção aos diabéticos na unidade de saúde.

Durante o desenvolvimento de nossa intervenção, no primeiro mês cadastramos 10 diabéticos (20%), no segundo mês 27 (55%) e no terceiro mês 41 (84%), ou seja, estes 41 usuários foram efetivamente os que participaram da intervenção, como pode ser verificado na Figura 2. A meta proposta para este indicador foi, portanto, alcançada, pois planejamos cadastrar 70% dos usuários com DM da área de abrangência durante a intervenção.

Estes resultados foram possíveis graças à realização de um conjunto de ações, a exemplo do monitoramento de todos os usuários maiores de 20 anos que buscavam a UBS para a consulta ou nas visitas domiciliares e do rastreamento para a DM com a verificação da glicemia. Desta pesquisa ativa se encontraram casos novos (incidência) e casos antigos sem acompanhamento (prevalência), realizando o cadastramento dos usuários e avaliação integral. O trabalho realizado pelos ACS na área a procura dos diabéticos também foi fundamental para alcançar estes resultados. Ainda, a divulgação da intervenção realizada por toda a equipe nas comunidades, na UBS e os contatos com líderes comunitários possibilitou que a intervenção fosse divulgada e mais diabéticos buscassem a unidade de saúde.

Dentre outras ações realizadas pela equipe, podemos referir as capacitações aos ACS para o cadastramento dos diabéticos da área de abrangência e capacitação da equipe para verificação da glicemia de forma criteriosa, incluindo a

realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

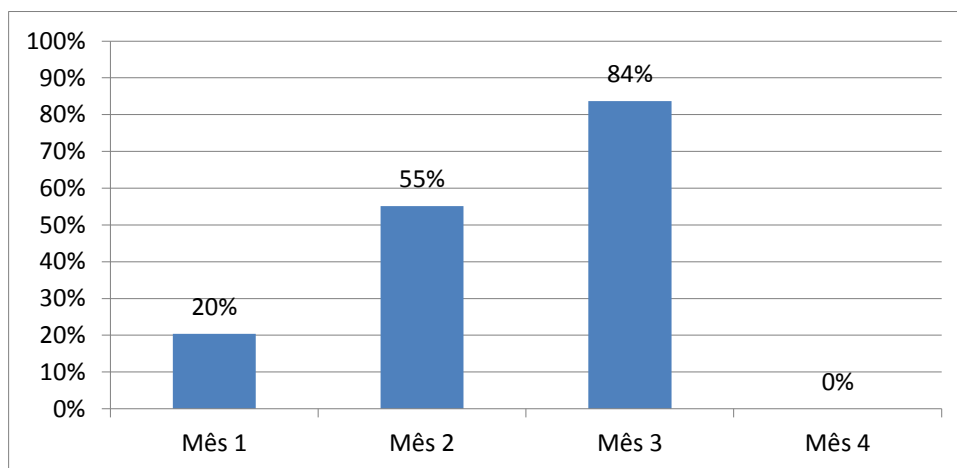


Figura 2 – Gráfico da cobertura do programa de atenção aos Diabéticos na UBS Inácio Mendes de Cerqueira, São José do Divino/PI.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Para alcançar o Objetivo 2. Melhorar a qualidade de atenção aos hipertensos e diabéticos da Unidade Básica de Saúde (metas 2.1 até 2.8).

Meta 2.1 e 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos de acordo ao estabelecido pelo MS.

Indicador 2.1 e 2.2: proporção de Hipertensos e/ou Diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Em relação à proporção de usuários hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo preconizado pelo programa, posso dizer que a intervenção atingiu o objetivo proposto. No primeiro mês 41 hipertensos foram examinados, no segundo mês 53, e no último mês foram examinado 66 usuários, represento um percentual de 100% de hipertensos com exame clínico nos três meses da intervenção.

Em relação aos diabéticos com exame clínico de acordo com o protocolo, também conseguimos alcançar o mesmo resultado. No primeiro mês conseguimos examinar 10 diabéticos, no segundo mês aumentamos para 27 e no terceiro mês foram 41 diabéticos com o exame clínico, como estabelece o protocolo, representando 100% nos três meses da intervenção.

Para alcançar estes resultados, a equipe de saúde teve que trabalhar para melhorar o atendimento e a avaliação dos usuários em cada consulta e visita

domiciliar, realizando um exame clínico integral, registrando nos prontuários individual e nas fichas de espelho os dados obtidos no exame clínico para que se pudesse monitorar os mesmos ao final de cada semana.

Meta 2.3 e 2.4: Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3 e 2.4: Proporção de hipertensos e diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No início apresentamos dificuldades com a realização dos exames complementares pelos usuários, a qual foi solucionada no transcurso da intervenção.

Em relação à proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo, durante a intervenção nós acompanhamos, avaliamos e solicitamos exames complementares a 41 hipertensos no primeiro mês, destes apenas 26 tinham exames em dia (63%). No segundo mês foram um total 53 hipertensos e destes 51 estavam com os exames complementares atualizados (96%). No terceiro mês foram avaliados 66 hipertensos, atingindo um percentual de 100% de hipertensos com exames complementares em dia, alcançando a meta neste último mês como mostra a Figura 3.

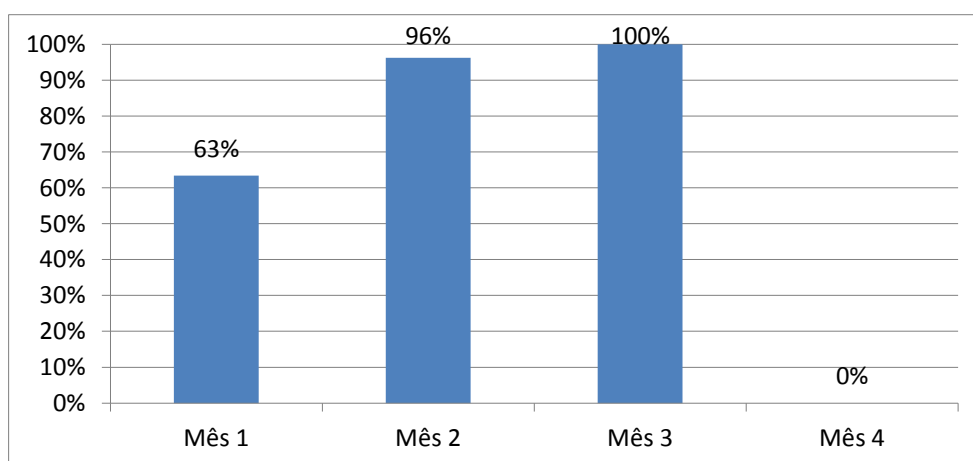


Figura 3 – Gráfico da proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Inácio Mendes de Cerqueira, São José do Divino/PI.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Em relação aos diabéticos, durante o primeiro mês da intervenção, o número de Diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo foi de 8 (80%) dentre os 10 cadastrados na intervenção. No segundo mês

este número aumentou de maneira positiva, onde 27 usuários foram cadastrados e destes 25 tinham atualizado os exames complementares (93%). No terceiro e último mês foram 41 diabéticos cadastrados, acompanhados e com os exames complementares em dia, atingindo a meta de 100% dos usuários com estes exames, como mostra a Figura 4.

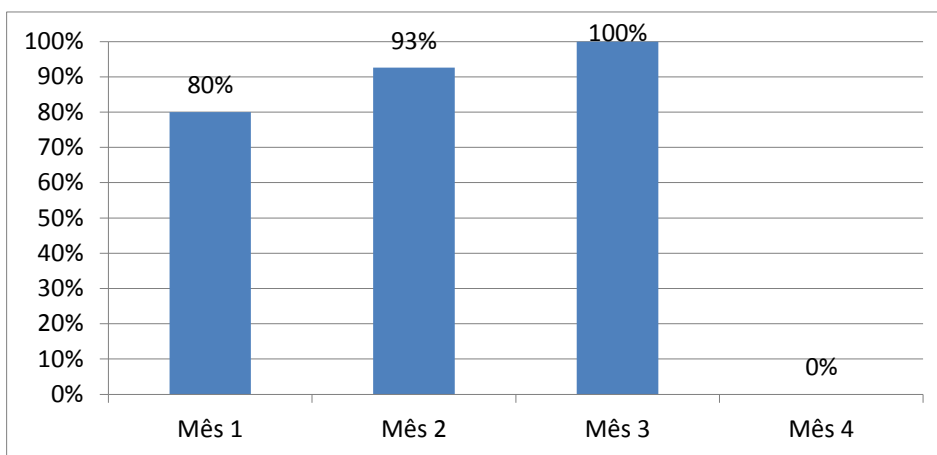


Gráfico 4- Proporção de Diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Inácio Mendes de Cerqueira, São José do Divino/PI.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Para o cumprimento destas metas a equipe foi capacitada para solicitar e monitora todos os usuários hipertensos e diabéticos com os exames de acordo com o protocolo de HAS e DM. Ainda, foi coordenado pelo gestor de saúde o acesso a estes exames na rede de serviços, para garantir a realização dos exames complementares preconizados pelo MS para os usuários da intervenção.

Meta 2.5 e 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5 e 2.6: Proporção de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

De acordo com a avaliação deste indicador, podemos expor que no primeiro mês 37 hipertensos tiveram prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, o que representou um percentual igual a 90%. No segundo mês cadastramos 53 usuários com HAS, destes 48 (91%) tinham prescrição dos medicamentos da Farmácia Popular. No terceiro mês melhoramos, a equipe de saúde conseguiu mudar o tratamento de alguns hipertensos, atingindo um total 64 hipertensos (97%) com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia (Figura 5).

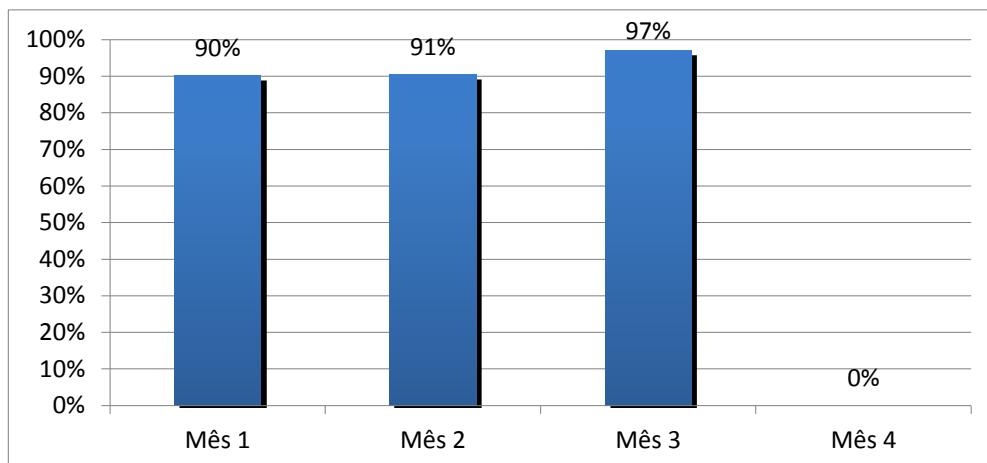


Gráfico 5- Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Inácio Mendes de Cerqueira, São José do Divino/PI.
Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Em relação aos diabéticos, no primeiro mês, foram 10 usuários com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular (100%). No segundo mês, dos 27 diabéticos acompanhados, apenas 25 recebem prescrição dos medicamentos da Farmácia Popular (93%). No terceiro mês, 41 diabéticos acompanhados, e destes, 40 receberam a prescrição de seus medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, o que representou uma porcentagem igual a 98% (Figura 6).

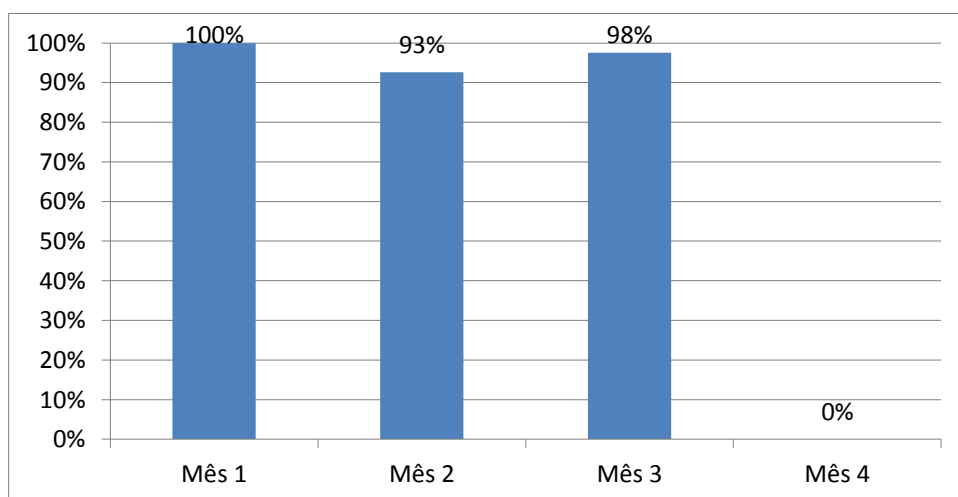


Gráfico 6- Proporção de Diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Inácio Mendes de Cerqueira, São José do Divino/PI.
Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Para alguns usuários não foi possível manter a prescrição de medicamentos na farmácia popular/Hiperdia, pela necessidade de prescrever alguns medicamentos fora dessa lista. Mas alcançamos bons resultados neste indicador ao final do terceiro

mês. Estes resultados foram possíveis graças ao monitoramento dos usuários pela ficha espelho e pelo controle dos medicamentos da farmácia básica para garantir o acesso dos usuários aos medicamentos (incluindo validades e estoque), mantendo um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS. Estas ações foram seguidas semanalmente pela equipe de saúde e os gestores do município.

Meta 2.7 e 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador 2.7 e 2.8: proporção de hipertensos e diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Durante a intervenção se realizou avaliação da necessidade de atendimento odontológico aos usuários com HAS e DM nas consultas de acompanhamentos individuais. Porém, a equipe de saúde bucal apresentou dificuldade no início para a realização dessa avaliação e realização dos atendimentos necessários, o que foi superado depois.

Em relação aos hipertensos, no primeiro mês apenas 18 (44%) dos 41 hipertensos acompanhados foram avaliados pelo dentista da equipe. No segundo e terceiro mês, após estratégias de priorização dos usuários com HAS, conseguimos atingir a meta de 100%, com 53 e 66 usuários hipertensos no segundo e terceiro mês, respectivamente, com avaliação da necessidade de atendimento odontológico Figura 7.

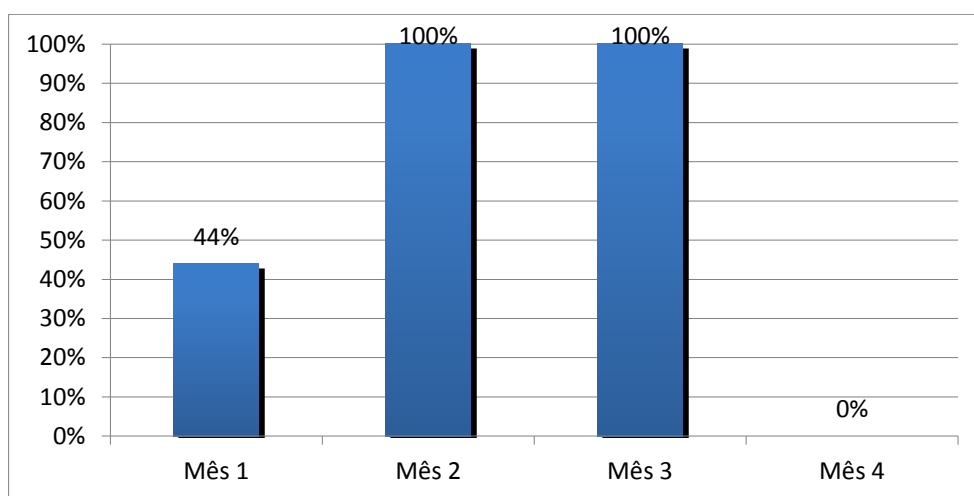


Figura 7- Gráfico da proporção de Hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Inácio Mendes de Cerqueira, São José do Divino/PI.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Em relação à proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, posso dizer que este indicador comportou-se similar aos usuários hipertensos. No primeiro mês, 5 usuários diabéticos foram avaliados pelo dentista da equipe (50%). No segundo mês, aumentou para 27 usuários diabéticos avaliados (100%). No terceiro mês a equipe acompanhou 41 usuários diabéticos, todos eles receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico e acompanhamento pela equipe de saúde bucal (100%) como mostra a Figura 8.

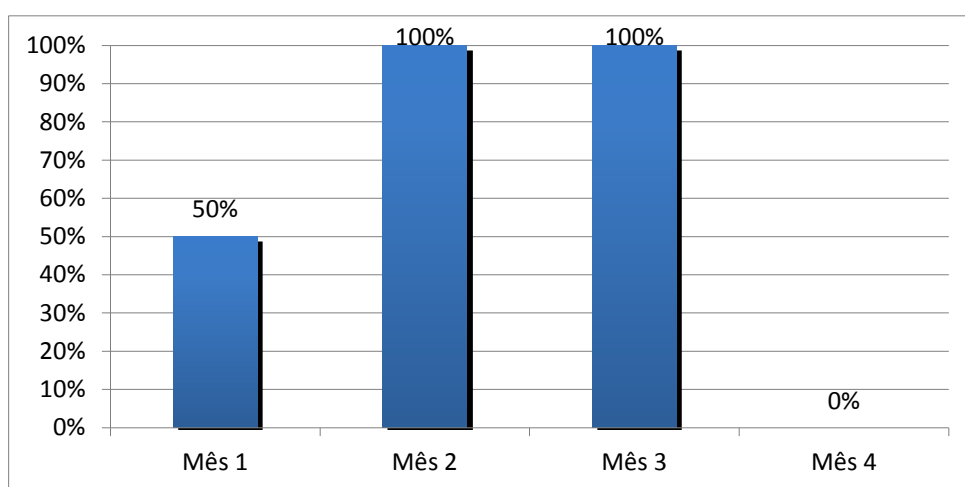


Figura 8- Gráfico da proporção de Diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Inácio Mendes de Cerqueira, São José do Divino/PI.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

As ações para cumprir estas metas foram realizadas com apoio da equipe de saúde bucal, com avaliações realizadas na unidade de saúde, nas visitas domiciliares e atividades coletivas com os usuários hipertensos e diabéticos com necessidade de atendimento odontológico, organizando-se uma agenda de saúde bucal para realizar os atendimentos com seguimento semanal. As atividades educativas foram oferecidas pela técnica de saúde bucal e odontóloga, além das orientações sobre saúde bucal que se ofereceram durante o atendimento clínico na intervenção. O trabalho em equipe e o engajamento existente entre os profissionais da equipe de odontologia foram fundamentais para o alcance desses resultados.

Para alcançar o Objetivo 3 Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa buscamos 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.1 e 3.2: Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1 e 3.2: proporção dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Durante a intervenção tivemos 3 usuários hipertensos faltosos às consultas no primer mês, todos eles foram buscados e encaminhados à UBS para seu acompanhamento e avaliação integral, equivalente a 100%. No segundo e terceiro mês não tivemos hipertensos faltosos às consultas.

Em relação aos usuários diabéticos, não tivemos dificuldades com usuários diabéticos faltosos, pois não houve nenhuma falta durante os três meses da intervenção.

O monitoramento do cumprimento das consultas programadas ao final de cada semana permitiu obter a relação dos faltosos para a organização das visitas domiciliares e busca ativa dos usuários faltosos às consultas, realizadas principalmente pelo ACS, mas também por outros membros da equipe de saúde, agendando as consultas nas semanas seguintes. Esta informação se discutia todas as semanas em a reunião da equipe onde se planejava e avaliava as atividades da intervenção.

Para alcançar o Objetivo 4. Melhorar o registro das informações sobre hipertensos e diabéticos.

Meta 4.1 e 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1 e 4.2: Proporção de hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Todos os usuários cadastrados e em acompanhamento nas consultas individuais tiveram seus registros nas fichas de acompanhamento atualizados adequadamente. No primeiro mês foram 41 hipertensos e 10 diabéticos, no segundo mês foram 53 hipertensos e 27 diabéticos e no terceiro mês foram 66 hipertensos e 41 diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, o que representou um percentual igual a 100% durante toda a intervenção.

Podemos afirmar que a equipe de saúde fez uma capacitação adequada que permitiu desde inicio da intervenção confeccionar os registros dos hipertensos e diabéticos devidamente preenchidos com todos os dados e informações feitas de forma corretas, seja nas consultas ou visitas domiciliares (nos prontuários

individuais, fichas espelhos, cartão de Hiperdia). Este registro começa na recepção e ao final da consulta a equipe avaliava os registros para detectar erros da informação registrada.

Para alcançar o objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1 e 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1 e 5.2: Proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

No desenvolvimento da intervenção realizamos a estratificação de risco cardiovascular, não tivemos dificuldade neste indicador. Durante os três meses da intervenção todos os usuários com HAS e DM foram avaliados com a estratificação de risco realizada, atingindo a meta de 100% durante a intervenção.

Em cada consulta se realizava a avaliação a cada usuário cadastrado tendo em conta sintomas referido por eles, exame físico e os resultados dos exames complementares. Foram priorizados os usuários avaliados como de alto risco agendando o atendimento rápido desta demanda. Orientamos aos usuários em relação ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular e adequado controle dos fatores de risco modificáveis para minimizar as complicações destas duas doenças.

Para alcançar o objetivo 6. Promover a saúde dos hipertensos e diabéticos cadastrados (metas de 6.1 a 6.8).

Metas 6.1e 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Metas 6.3 e 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Metas 6.5 e 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Metas 6.7 e 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Indicadores 6.1e 6.2: Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Indicadores 6.3 e 6.4: Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Indicadores 6.5 e 6.6: Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Indicadores 6.7 e 6.8: Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Durante os três meses da intervenção todos os usuários com HAS e DM cadastrados receberam orientações nutricionais sobre alimentação saudável, prática regular de atividades físicas, os riscos do tabagismo e orientações sobre higiene bucal, ou seja, este indicador obteve um percentual igual a 100% durante os três meses da intervenção.

No cronograma a equipe de saúde planejou três atividades educativas e conseguimos realizá-las durante a intervenção, com foco nos usuários portadores das duas doenças e com o apoio do NASF. Estas atividades foram realizadas na UBS e nas comunidades da área de abrangência, desenvolvendo um trabalho para educar e promover a saúde nas comunidades com o objetivo de controlar suas doenças e evitar complicações.

4.2 Discussão

A intervenção em minha UBS propiciou aumentar o indicador de cobertura da atenção dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, os quais no início da intervenção eram muito baixos, com superação as metas estabelecidas no projeto de intervenção, alcançado ao final 62% de cobertura para a HAS e 84% de cobertura para a DM. Ainda, conseguimos melhorias dos registros e a qualificação da atenção ao grupo alvo, com destaque para a melhora nos atendimentos e maior adesão dos usuários à ação programática. Mas de modo geral, alcançamos melhorias significativas em todos os indicadores de qualidade.

A intervenção foi de muita importância para a equipe de saúde, pois exigiu a capacitação da equipe para atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, segundo o estabelecido pelos protocolos do MS, relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento destes usuários. A intervenção também promoveu um trabalho mais integrado da equipe (médica, enfermeira, auxiliar de

enfermagem, ACS, recepcionista, odontóloga e a técnica de saúde bucal) de maneira geral e reforçou a responsabilização com as atribuições dos profissionais da equipe. Dessa forma, o trabalho passou a ser feito de forma sistemática e compartilhada. As atividades de promoção e prevenção de saúde foram assumidas por toda a equipe e conseguimos aumentamos o número dessas atividades na UBS, com apoio do NASF, melhorando a avaliação integral dos usuários da intervenção, o acolhimento e ampliando o foco da atenção para a promoção da saúde dos usuários.

Em outras atividades no serviço, também se observou impacto da intervenção, a exemplo do aumento das consultas da nutricionista para usuários da intervenção. Ainda, conseguimos obter um avanço em relação à realização dos exames complementares, com redução dos custos desse exame para os usuários, através da sensibilização dos gestores para contratualização de clínicas privadas para realização desses exames a preços mais acessíveis.

A intervenção foi importante para o serviço já que antes de iniciar a intervenção aos hipertensos e diabéticos a atenção se encontrava limitada aos controles feito pela médica apenas, com o desempenho insuficiente das atribuições de cada integrante da equipe, tornando a atenção incompleta. Com a intervenção, começamos a notar melhorias nos atendimentos quantitativamente e qualitativamente, de modo mais integral e a um maior número de pacientes. Melhoramos a organização do agendamento das consultas, dos registros de informação dos usuários com HÁ e DM e o acolhimento com priorização, a partir da classificação de risco. Além disso, de maneira geral, melhorou a organização e planejamento de todas as atividades que desenvolvemos na UBS.

A intervenção também foi importante para as comunidades e o impacto da intervenção foi percebido por elas de forma positiva, a pesar de acreditarmos que ainda é possível elevar a qualidade e sensibilização nas atividades que ajudam a elevar os indicadores de qualidade, a exemplo da realização dos exames complementares e aumentar a avaliação com especialistas quando os usuários precisarem. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade e qualidade no atendimento, porém gerou um pouco de desconforto na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconhecem o cronograma de trabalho estabelecido na unidade e o motivo desta priorização.

Mesmo com a ampliação da cobertura da ação programática, ainda temos pacientes para cadastrar, a fim de atingir uma porcentagem 100%. O que eu faria diferente se fosse realizar a intervenção neste momento seria a análise situacional simultaneamente com a intervenção e discutiria mais com a equipe sobre as atividades desenvolvidas e os protocolos estabelecidos pelo MS, de todos os programas da Atenção Básica. Desde o início da intervenção, a equipe de saúde e os gestores estão conhecendo sobre a intervenção, assim como sua importância para os usuários. Agora no final do projeto percebo que a equipe está mais preparada e integrada para continuar e incorporar a intervenção na rotina do serviço, superando algumas das dificuldades encontradas.

Para viabilizar a incorporação da intervenção na rotina do serviço pretendo divulgar, sensibilizar e conscientizar as comunidades de nossa área de abrangência e gestores no município em relação à necessidade de priorização da atenção dos usuários hipertensos e diabéticos, em especial, aqueles de alto risco. Percebo que a equipe tem um trabalho mais harmônico com muita união, realizando as atividades de promoção e educação em saúde com maior qualidade, tomando estratégias para resolver as situações que atrapalharam o desenvolvimento das mesmas. É importante ainda manter o adequado preenchimento dos registros de dados que possam contribuir para o monitoramento dos indicadores.

Os próximos passos a seguir são continuar trabalhando na promoção e educação em saúde e no treinamento da equipe e dos ACS de cada micro área para que mantenham as visitas aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, para lograr investir na ampliação na cobertura deles e na busca ativa dos usuários com fatores de risco modificáveis para realizar avaliação integral e melhorar sua qualidade de vida. Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementar o controle dos Cânceres de Colo de Útero e de Mama, pois apresentamos dificuldade segundo o Caderno de Ações Programáticas.

5 Relatório da intervenção para gestores

O presente relatório visa apresentar a intervenção desenvolvida na UBS Inácio Mendes de Cerqueira, São José do Divino/PI, a qual teve como objetivo melhorar a qualidade da Atenção aos Hipertensos e/ou Diabético da área de abrangência. A equipe de saúde trabalhou em conjunto na intervenção em nossa população por um período de 12 semanas, no período de 05 de fevereiro e finalizada no dia 30 de abril do ano 2015, na qual foram cadastrados e acompanhados usuários maiores de 20 com hipertensão e/ou diabetes. A Intervenção fez parte dos requisitos formativos do Curso de Especialização em Saúde da Família promovido pela da Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas- UFPEL, a qual só foi possível devido ao apoio da equipe e da gestão. A mesma estava prevista para ser realizado num período de 04 meses (16 semanas), porém devido a orientações da Coordenação do Curso, a intervenção foi realizada em 12 semanas.

Antes de decidirmos sobre o tema da intervenção fizemos uma análise situacional e análise estratégica onde levantamos os pontos positivos e fragilidades da UBS, tanto com relação à estrutura física como ao processo de trabalho e acolhimento da população adstrita. Após essa análise foi decidido em equipe que realizaríamos uma Intervenção para qualificar a atenção aos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência da equipe. Depois da análise, foi feito um projeto de intervenção juntamente com a equipe, baseado no protocolo de hipertensão e diabetes (Caderno na Atenção Básica de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus) do Ministério da Saúde de 2013. Após essa análise, estabelecemos como meta melhorar a atenção aos diabéticos e hipertensos, ampliar a cobertura da ação programática, melhorar a adesão e a qualidade do atendimento a esses usuários, melhorar os registros das informações, mapear os hipertensos e/ou diabéticos para doenças cardiovasculares e promover a saúde dos usuários cadastrados.

A população vinculada à equipe de saúde é de 1.414 habitantes residentes na área de abrangência da UBS. De acordo com nesta população vinculada à equipe, segundo o Caderno de Ações Programáticas, a estimativa para a população com 20 anos ou mais era de 947 pessoas. Assim, teríamos na área uma estimativa de 215

hipertensos com 20 anos ou mais 53 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área.

Tivemos dificuldades ao iniciar a intervenção, pois a equipe de saúde estava incompleta e a organização e preenchimento dos registros das informações eram ruins, assim como não havia o glicômetro na UBS e o custo com a realização dos exames complementares pelos usuários. A maioria da população desconhecia o programa de atenção aos portadores destas doenças. Quando culminamos a intervenção, foi possível apresentar estes problemas aos gestores, que foram solucionados, paulatinamente. Nossa equipe de trabalho foi completada recentemente pela direção da Prefeitura e Secretaria Municipal de Saúde, o que possibilitou melhorar o acolhimento das pessoas e o desenvolvimento do trabalho da equipe de saúde.

Com a intervenção conseguimos cadastrar 66 hipertensos e 41 diabéticos, alcançando a meta do indicador de cobertura propostos (60% e 70%), e melhoramos os indicadores de qualidade, além de incluir também cuidados aos familiares das pessoas acompanhadas. Atendendo a objetivo de melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa, conseguimos realizar a busca ativa de todos os usuários que faltaram as consultas agendadas.

Resumidamente podemos dizer que foram cumpridas diferentes ações como o cadastro e monitoramento dos hipertensos e diabéticos de nossa área; a realização dos registros do acompanhamento dos usuários; o acolhimento aos pacientes portadores de HAS e DM; a informação da comunidade sobre a existência do Programa e sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos; a orientação dos usuários sobre a importância do rastreamento para DM e HAS; e a capacitação de todos os membros da equipe sobre a ação programática. Realizamos varias ações de promoção em saúde na UBS e nas comunidades. Ainda, durante, principalmente os atendimentos clínicos, os usuários cadastrados receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre a prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal.

Como fatores limitantes para realizar o correto desenvolvimento do trabalho proposto, apresentamos inconformidade com o custo dos exames complementares, lembrando que se trata de comunidades carentes. Outra limitante é a estrutura muito pequena da UBS. Se forem melhorados esses aspectos, nosso serviço ganhará em

qualificação da prática clínica, melhora no acolhimento e maior conforto e privacidade de toda a população que nos procuram na UBS.

Oferecemos agradecimento total aos membros da equipe que atuaram de forma dinâmica na realização deste trabalho, assim como aos membros do NASF que cooperaram na inclusão de nossa população nas diferentes atividades realizadas por eles.

Podemos destacar que nesta ação programática esta incluída dentro da rotina de trabalho de nossa UBS. Agradecemos aos membros da equipe pelo interesse demonstrado para o desenvolvimento da atividade e aos integrantes da equipe do NASF que também melhoraram a qualidade das atividades desenvolvidas na UBS e nas comunidades de nossa área ajudando a adesão do grupo alvo ao programa priorizado pelo SUS. Agradecemos também à gestão pelo apoio que nos foi dado e por acreditar que seria possível fazer desenvolver este trabalho para melhoria da atenção prestada na nossa UBS.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

O presente relatório tem como finalidade descrever para a população vinculada a UBS (Unidade Básica de Saúde) Inácio Mendes de Cerqueira do município em São José do Divino/PI, sobre a intervenção que foi realizada no período de 05 de Fevereiro e finalizada no dia 30 de abril do ano 2015, e que durou 3 meses (12 semanas), onde a equipe trabalhou para a melhoria da qualidade da atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos, incluindo saúde bucal e vocês foram protagonistas dessa intervenção. A importância do trabalho da intervenção é que, com a melhora na qualidade na atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos, conseguiremos reduzir complicações cardiovasculares e neurológicas, como infarto do miocárdio e os acidentes cerebrais vasculares.

Apesar de ter sido feita nessas doze semanas, o planejamento da intervenção aconteceu muito antes, com a Análise da Situação da estrutura, organização e processo de trabalho na UBS, onde pudemos ter uma visão profunda da qualidade da assistência à saúde oferecida na unidade. Com base nisso, decidimos então que a ação programática que merecia mais atenção nesse momento era a atenção aos hipertensos e diabéticos. Para a intervenção, seguimos um roteiro guiado pelo Projeto de Intervenção que fora construído e discutido com a equipe a partir dos protocolos do MS.

Para melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos, foram realizadas atividades de capacitação com toda a equipe de saúde para um adequado acolhimento, cadastramento e preenchimento dos registros das informações. Realizamos ainda atividades educativas para a promoção da saúde dos usuários, com o apoio e participação dos líderes das comunidades e da equipe do NASF.

Antes da intervenção os registros específicos dos usuários com hipertensão e diabetes eram incompletos e desatualizados. A maioria da população desconhecia o programa de atenção aos portadores destas doenças e havia dificuldade com a periodicidade das consultas e exames complementares em dia de acordo com o preconizado pelo MS. Como andamento da intervenção muitos usuários começaram a acessar mais o serviço, conseguindo cadastrar um maior número de moradores da comunidade com hipertensão e/ou diabetes, com realização de um atendimento

mais completo, com verificação de pressão arterial, glicose, peso, altura, cálculo do IMC e circunferência abdominal, avaliação de risco cardiovascular, orientações sobre cuidados com a saúde, dentre outras ações.

Conseguimos ao final da intervenção cadastrar 107 usuários hipertensos e/ou diabéticos, deles 66 usuários com hipertensão e 41 usuários com diabetes. Ainda, a intervenção propiciou melhorias para o serviço, principalmente na qualificação do atendimento, onde 100% dos hipertensos e diabéticos foram avaliados no atendimento clínico, exames complementares realizados, avaliação e estratificação do risco cardiovascular, registros adequados na ficha de acompanhamento, avaliação das necessidades odontológicas e ações de promoção e educação de saúde.

Entre as ações do engajamento público que foram realizadas podemos citar a informação da comunidade sobre a existência do programa de atenção à HAS e DM da unidade de saúde e a importância de medir a pressão arterial a partir de 15 anos, pelo menos, anualmente; sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes e a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg; sobre os riscos de doenças cardiovasculares e a importância de realizar o exame físico completo; sobre o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso; sobre a importância da alimentação saudável, a prática de atividade física regular; sobre os riscos do tabagismo e higiene bucal; dentre outros.

Agradecemos a comunidade pelo apoio e adesão às ações promovidas pela equipe, bem como a divulgação da ação programática. A comunidade pode ajudar a dar continuidade a esse trabalho através da luta pelo cumprimento de seus direitos de uma atenção à saúde multiprofissional acessível, de qualidade e integral. Ainda, o direito a participação efetiva nos grupos de promoção da saúde e no controle social. Esse engajamento é especial para prover vínculo e efetividade das ações.

7 Reflexão Crítica sobre o processo pessoal de Aprendizagem

Quando cheguei ao Brasil não tinha experiência sobre esta modalidade de ensino e aprendizagem a distância. Inicialmente, foi um pouco difícil compreender o Projeto Pedagógico do curso, mas com o decorrer dos dias, conheci o Ambiente Virtual de Aprendizagem, comecei a participar dos fóruns, a interagir com alguns colegas, a aprender conteúdos e a entender o projeto pedagógico do curso. Aos poucos fui ficando ainda mais familiarizada com o curso com a ajuda de minha orientadora Sabiny Pedreira Ribeiro que, com profissionalismo, realizava correções e orientações sempre que eu tivesse dificuldades, para assim poder continuar com o desenvolvimento da especialização.

Durante o curso pude adquirir diversos aprendizados. A interação com a orientadora e com os colegas nos fóruns clínicos e, sobretudo, a realização dos estudos de prática clínica e casos clínicos interativos (que estimularam o raciocínio clínico e o manejo adequado dos problemas de saúde) possibilitaram ampliar e aprofundar o conhecimento a temas relacionados com a APS. Todos esses espaços e ferramentas do curso contribuíram na qualificação da prática clínica, para poder realizar diagnóstico integral e tratamento adequado sobre uma base epidemiológico-científica. Ainda, os fóruns de saúde coletiva permitiu um espaço onde pudemos escrever sobre a nossa realidade em cada área e sobre os avanços e dificuldades encontradas no processo de forma a trocar experiência com os colegas e orientadores, ampliando o conhecimento das políticas em saúde no Brasil. Além disso, compartilhei o aprendido com a equipe multidisciplinar da UBS que trabalho, trouxe para os fóruns considerações e dúvidas dos membros das equipes e compartilhei experiências que ajudaram na realização da intervenção.

Sobre a intervenção que realizamos no curso, desde o início achei que sua realização na UBS seria difícil diante das dificuldades apresentadas na UBS em relação aos recursos não disponibilizados e condições físicas estruturais da unidade. Ao longo do período de intervenção fui me surpreendendo ao superar e transpor os obstáculos que foram surgindo, com apoio da equipe, gestão e comunidade. No decorrer da intervenção, notei que tanto a equipe de saúde e os usuários iam se envolvendo cada vez mais como trabalho e eu ficava cada dia mais motivada. E ao

fim, com tantos resultados positivos alcançados, considero satisfatória a realização da nossa intervenção, cumprindo os objetivos e metas propostas.

Com a intervenção, aprendi que o planejamento e avaliação das ações em saúde permite o melhor aproveitamento de nosso tempo e dos nossos recursos, programar as estratégias, torna possível identificar os problemas e as prioridades de intervenção e alcançar os objetivos e metas planejadas. Ainda, aprendi que uma adequada organização do processo de trabalho da equipe é importante para proporcionar atendimentos e acompanhamentos de qualidade a todos nossos usuários. Hoje fico feliz em dizer que a intervenção está incluída na rotina de trabalho no serviço que favorece o acolhimento e qualidade na atenção à saúde dos usuários que assistem a nossa UBS.

Outra aprendizagem relevante importante para mim durante a intervenção foram os encontros com a comunidade, onde eles tiravam todas as dúvidas, e nós conseguíamos passar informações a eles aumentando os conhecimentos de promoção e educação em saúde, criando assim um vínculo entre profissional e os usuários da intervenção.

Portanto, para a minha prática profissional, o curso de especialização em saúde da família da UFPEL significou a possibilidade de adquirir novos conhecimentos a cerca da ESF e a oportunidade de mudança no meu processo de trabalho e dos membros da equipe da UBS, contribuindo para a melhora da atenção e qualidade dos usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na intervenção, através do conhecimento dos princípios e diretrizes do SUS. Também para o resto da população atendida na UBS, facilitou as ferramentas necessárias para identificar os principais problemas de saúde que afetam a população, assim como atualizar meus conhecimentos clínicos e práticos sobre a atenção básica no Brasil.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37) Caderno de Atenção Básica sobre Diabetes Mellitus, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

FUCHS, F.D. Hipertensão arterial sistêmica. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. Porto Alegre: Artmed; 2004.

PAIVA, D. C. P. de; BERSUSA, A. A. S; ESCUDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. 2006.

SBD. Sociedade Brasileira de Diabete. Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes. 2007

SBH. Sociedade Brasileira de Hipertensão. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão 2006 Arq. Bras. Cardiologia. vol.95, no.1, São Paulo. 2010.

Apêndices

Apêndice A- Divulgação da intervenção dos hipertensos e/ou diabéticos e reunião com as lideranças comunitárias nas comunidades de abrangência da Unidade Básica de Saúde Inácio Mendes de Cerqueira.

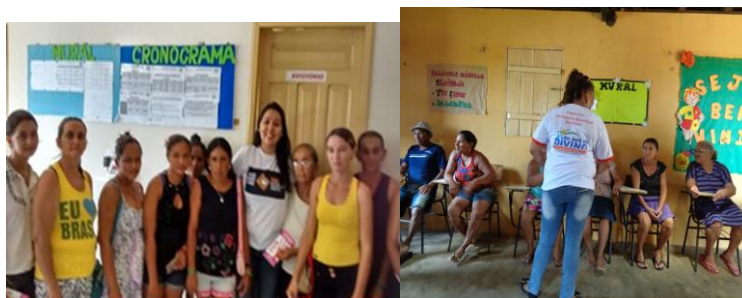
Tinguis e Barras

Gado Apartado e Curral Velho



Transval

Olária



Apêndice B Capacitação da equipe de Saúde sobre Hipertensão na UBS Inácio Mendes de Cerqueira/São José do Divino/PI.



Apêndice C- Reunião de Hiperdia e com á comunidade para brindar orientações de promoção e educação em saúde das duas doenças, realizamos palestras sobre a alimentação saudável, Dislipidemia, atividades físicas e riscos do tabagismo com usuários hipertensos e/ou diabéticos.



Apêndice D- Acolhimento dos usuários Hipertensos e/ou Diabéticos das comunidades na UBS Inácio Mendes de Cerqueira. São José do Divino/PI.



Apêndice E - Cadastramentos dos usuários Hipertensos e/ou Diabéticos da intervenção na UBS Inácio Mendes de Cerqueira. São José do Divino/PI.



Apêndice F- Atendimentos Clínicos dos usuários hipertensos e/ou diabéticos realizados pela médica e enfermeira na UBS Inácio Mendes de Cerqueira. São José do Divino/PI.



Apêndice G - Atendimento clínico (Avaliação dos exames complementares) dos usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS Inácio Mendes de Cerqueira. São José do Divino/PI.



Apêndice H- Atendimento Odontológico pela equipe de saúde bucal dos usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS Inácio Mendes de Cerqueira. São José do Divino/PI.



Apêndice I- Visitas domiciliares aos usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS Inácio Mendes de Cerqueira. São José do Divino/PI.



Apêndice J- Realização da prova de glicemia com glicômetro aos usuários Diabéticos na comunidade de Olária.



Apêndice K- Garantir os medicamentos em farmácia Popular/Hiperdia dos usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS Inácio Mendes de Cerqueira. São José do Divino/PI.



Apêndice L- Coleta de sangue dos usuários Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS Inácio Mendes de Cerqueira. São José do Divino/PI.



Apêndice M- Monitoramento e avaliação da Intervenção na UBS Inácio Mendes de Cerqueira. São José do Divino/PI.



Apêndice N- Banner apresentado no Congresso de Atenção Primária de Saúde, 06/05/2015.



Anexos

Anexo A - Ficha espelho do Programa de Atenção aos Hipertensos e Diabéticos (frente e verso).

FICHA ESPELHO
PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____

Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Endereço: _____ Telefones de contato: _____/_____/_____

Necessita de cuidador? () Sim () Não Nome do cuidador _____

Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____

Foi realizada avaliação da necessidade de tratamento odontológico? () Sim () Não Data da primeira consulta odontológica ____/____/____ Estatura: _____ cm Circunf. Abdominal: _____ cm

[illegible][illegible]

FICHA ESPELHO
PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Departamento de
Medicina Social

[illegible][illegible]

Anexo B Planilha coleta de dados dos Hipertensos e Diabéticos da UBS.

Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)	106	Considere o total de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao hipertenso na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)	49	Considere o total de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao diabético na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.

HIPERTENSOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	OBSERVAÇÕES
Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção	41	53	66		Considere as pessoas que são APENAS HIPERTENSOS residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao hipertenso. Você pode obter este dado contando as fichas de hipertensos / fichas espelho /
DIABÉTICOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada mês da intervenção	10	27	41		Considere as pessoas que são APENAS DIABÉTICOS residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao diabético.

*Estimativa no território		
População total		1414
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da população total)		947,38
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7%) (VIGITEL, 2011)		215
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,6%) (VIGITEL, 2011)		53

Digite a **população total** nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.

Este seria o número total estimado de **hipertensos** com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C5.

Este seria o número total estimado de **diabéticos** com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C6.

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
Idade para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamento?	Todos os medicamentos são da lista do Hipertido ou da Família Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?				O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?				O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?				O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
															0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim

Anexo C- Documento do comitê de ética

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Srª Profª Ana Cláudia Gastal Fassa	
<i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patricia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UPEL	

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante